

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS POLICIAIS E SEGURANÇA INTERNA



**Luís Filipe Antunes Dinis Abraúl**

Aspirante a Oficial de Polícia

**Trabalho de Projecto do Mestrado Integrado em Ciências Policiais**

XXIII Curso de Formação de Oficiais de Polícia

## **Baixas Médicas**

As Baixas “Fraudulentas” e a sua Prevenção

Orientadora:

**Prof. Auxiliar com Agregação**

**Doutora Paula Maria Ferreira Espírito Santo**

LISBOA, 27 DE ABRIL DE 2011





Ao meu Pai, à minha Mãe, e ao meu irmão...

## **AGRADECIMENTOS**

São poucos os momentos em que podemos, de forma simples, agradecer àqueles que para nós foram uma referência para o nosso crescimento enquanto pessoas. Este é para mim, um desses momentos...

À professora doutora Paula Espírito Santo, pela inspiração de rigor científico e de trabalho exigente, mas recompensador.

Ao superintendente Poças Correia e ao seu adjunto, o agente principal Ricardo, pela referência profissional, humildade na sua competência, e pelos seus sábios conselhos.

Aos meus orientadores de estágio, subcomissário Daniela e subcomissário Rocha, pelos conhecimentos que me incutiram ao longo do estágio, bem como pela motivação que me transmitiram para a concretização deste trabalho.

Ao chefe Varelas do Núcleo de Saúde do Cometalis pela sua disponibilidade e pelo seu espírito de entajuda.

Aos elementos da 44ª e da 71ª Esquadra pelo seu papel essencial na recolha dos dados essenciais para a minha dissertação, em especial ao subcomissário Pereira pela sua prontidão e pelo seu interesse para a prossecução dos objectivos deste trabalho.

Aos meus GRANDES amigos de Leiria, ao Felizardo que sempre me acompanhou desde a infância, ao Canto e ao Pedro pelos bons momentos e pelas gargalhadas, ao Patrik pela sua amizade e honestidade, e à Cátia pela óptima amiga que tem demonstrado ser.

Ao meu pai, à minha mãe e ao meu irmão, por estarem sempre a meu lado, nos bons e maus momentos, e por saber que poderei sempre contar com vocês para todas as adversidades da vida.

Aos meus camaradas de quarto, o Sousa e o Amorim, que tornaram em tudo a realização deste trabalho mais fácil, e com os quais já vivemos inúmeros bons momentos.

E por último, ao XXIII CFOP, que não é somente um curso a que pertenço, mas sim uma FAMÍLIA, a qual nunca esquecerei nem nunca a abandonarei.

A todos vós o meu sincero obrigado...

*VT ADVENAE VENIMVS, VT FRATERI EXIMVS*

“Entrámos como desconhecidos, saímos como irmãos”

## Resumo

A qualidade de vida é algo que tem crescido exponencialmente na sociedade. Como resultado desse aumento, o comodismo começa também a surgir... Infelizmente na nossa sociedade, há muitos cidadãos que abusam desse comodismo, optando assim, ter vidas sedentárias e, até em casos mais graves, vidas onde impera o absentismo.

Como resultado desse factor, a instituição PSP tem vindo a sofrer uma desagregação afectiva entre os elementos das Esquadras. O facto de alguns elementos policiais não quererem laborar, optando pelo caminho do absentismo, tem vindo a prejudicar a relação com o Comandante de Esquadra, com os seus camaradas, com a instituição PSP e com o cidadão que conta com a Polícia para manter a sua segurança. Este comportamento pode-se repercutir no uso de baixas médicas, usadas com motivos enganadores e que servem apenas como uma desculpa justificada para o facto de o elemento policial não ter que laborar, por esta razão é que são denominadas como baixas “fraudulentas”.

Este trabalho tem o intuito de descobrir a razão do uso dessas baixas “fraudulentas” e encontrar uma forma de as evitar.

Palavras-chave: absentismo, instituição PSP, desagregação afectiva, motivos enganadores, baixas “fraudulentas”.

## **Abstract**

The quality of life is something that has grown exponentially in society. As a result of this increase, the self-indulgence also starts to appear... Unfortunately in our society, there are many citizens that abuse of that self-indulgence, thus opting, to have sedentary lives and, even in more serious cases, lives where the absenteeism reigns.

As a result of this factor, the PSP Institution has come to suffer an affective disaggregation between the elements of the police stations. The fact of some police elements not wanting to work, opting the way of absenteeism, has come to harm the relation with the Commander of the police station, with is comrades, with the PSP Institution and with the citizen who counts on the Policy to keep its security. This behavior can be reverberated in the use of doctor's excuse notes, used with deceptive reasons and only as a justified excuse for the fact of the police element not have to work, it's for this reason that they are called "fraudulent" excuse notes.

This works has the purpose of finding the reason of the use of those excuse notes and finding a way to avoid them.

**Keywords:** absenteeism, PSP Institution, affective disaggregation, deceptive reasons, "fraudulent" doctor's excuse notes.

## **Lista de Siglas**

**ADSE** – Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

**CE** – Comandante de Esquadra

**CIT** – Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho por Estado de Doença de Funcionário Público/Agente Administrativo

**CRP** – Constituição da República Portuguesa

**DL** – Decreto-Lei

**DN** – Director Nacional

**IGAS** – Inspecção-Geral das Actividades em Saúde

**JM** – Junta Médica

**JSS** – Junta Superior de Saúde

**MS** – Ministério da Saúde

**PSP** – Polícia de Segurança Pública

**SVI** – Sistema de Verificação de Incapacidades

**SS** – Segurança Social

## Índice

<b>Agradecimentos.....</b>	<b>IV</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>V</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>VI</b>
<b>Lista de Siglas.....</b>	<b>VII</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1 - Enquadramento teórico-conceptual.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Abordagem à origem da concepção de organização .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Conceito de organização na actualidade.....</b>	<b>6</b>
<b>2. A aparição do Estado.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Funções do Estado e a promoção do direito à saúde .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Direitos e deveres dos elementos da Polícia de Segurança Pública .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Faltas no emprego .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1. Faltas dadas pelos funcionários públicos (elementos policiais) .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.1. Para tratamento ambulatorio, realização de consultas e de exames .....</b>	<b>17</b>
<b>Capítulo 2 - Regime jurídico que regula o uso das baixas médicas .....</b>	<b>18</b>
<b>1. Faltas por doença .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Declaração/justificação das faltas por doença .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. Inspeção/verificação domiciliária.....</b>	<b>20</b>
<b>2. Juntas de saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>3. Enfermarias.....</b>	<b>26</b>
<b>4. Sanções disciplinares.....</b>	<b>26</b>
<b>5. Órgãos responsáveis pelas fiscalizações de baixas médicas .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1. Segurança Social.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2. Protecção social na doença (subsídio de doença).....</b>	<b>29</b>
<b>6. Punições para baixas “fraudulentas” .....</b>	<b>31</b>



<b>Capítulo 3 - Formulação do Problema de Investigação .....</b>	<b>34</b>
<b>Capítulo 4 - Método.....</b>	<b>40</b>
<b>1. Caracterização da Área de Estudo.....</b>	<b>41</b>
<b>2. Participantes .....</b>	<b>42</b>
<b>3. Corpus e instrumentos.....</b>	<b>43</b>
<b>4. Procedimentos.....</b>	<b>43</b>
<b>5. Apresentação, análise e discussão dos resultados .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1. Análise geral dos inquéritos aplicados à 44ª Esquadra .....</b>	<b>44</b>
<b>5.2. Análise geral dos inquéritos aplicados à 71ª Esquadra .....</b>	<b>47</b>
<b>5.3. Síntese de resultados: Cruzamento dos dados/variáveis .....</b>	<b>50</b>
<b>Conclusões .....</b>	<b>53</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>56</b>

## **Índice de documentação anexa**

<b>ANEXO A – Certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença de funcionário público/agente administrativo.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO B - Organograma do Ministério da Administração Interna.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO C – Entrevistas .....</b>	<b>65</b>
Entrevista I - Exmo. Superintendente Poças Correia .....	65
Entrevista II - Exmo. Dr. José Gonçalves .....	72
<b>ANEXO D – Tabelas .....</b>	<b>76</b>
Tabela I - Quantificação do subsídio de doença .....	76
Tabela II - Livro de controlo do posto clínico do COMETLIS .....	77
Tabela III - Recolha de dados da base de dados AS400 .....	77
Tabela IV – Número de baixas médicas registadas da 3ª Divisão .....	78
Tabela V - Número de baixas médicas registadas da Divisão de Loures .....	79
Tabela VI – Número registos de Certificados de Incapacidade Temporária obtidos por médicos particulares pelo Núcleo de Saúde do COMETLIS .....	80
Tabela VII – Certificados de Incapacidade Temporária obtidos no posto clínico do COMETLIS .....	81
<b>ANEXO E – Informação recolhida em sites da internet.....</b>	<b>82</b>
Site I - Fraude entre médicos e farmácias .....	82
Site II - Fiscalizações de baixas médicas .....	83
Site III – Baixas fiscalizadas pela Segurança Social .....	84
Site IV - Equipa de Intervenção Rápida mete baixa médica.....	85
Site V - Novo Bastonário da Ordem dos Médicos .....	86
<b>ANEXO F – Questionário aplicado .....</b>	<b>87</b>

*In order to seek truth, it is necessary once in the course of our life,  
to doubt, as far as possible, of all things.*

**(Descartes, 2004:15)**

## **Introdução**

A Polícia de Segurança Pública (Adiante: PSP) tem como missão prioritária, defender a legalidade democrática e garantir a segurança interna e os direitos do cidadão, conforme o disposto no artigo 272.º da Constituição da República Portuguesa (Adiante: CRP), e o que está estipulado no artigo 1.º, n.º 1 e n.º 2, da Lei n.º 53/2008, de 29 de Agosto. No entanto, para a execução dessa missão por parte da PSP, torna-se fulcral que os elementos pertencentes à mesma sejam o exemplo a seguir pelo cidadão. Os polícias devem satisfazer às mesmas exigências que todos os cidadãos, acrescendo-lhes ainda as exigências ligadas às características da profissão, às suas funções e às características em que devem decidir e agir (Lima, 2008:8-9). Tendo isto tudo em conta, pode-se concluir que o Polícia terá que dar o exemplo na observância de todas as leis e essencialmente no cumprimento e na prossecução dos direitos consagrados na CRP.

Uma das funções do Estado, entidade essa que promove a Segurança através da Polícia, é prover o cidadão de direitos e deveres, e de os proteger, para que o cidadão possa ter uma vivência na sociedade em harmonia com os restantes cidadãos. Na nossa Constituição está estipulado que todos os demais cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, conforme o artigo 64.º, n.º 1 da CRP. Assim sendo, sempre que algum elemento policial não esteja em condições de laborar devido à sua condição de saúde, esse elemento policial estará no seu pleno direito de consultar um médico, de forma a salvaguardar a sua saúde. Como é óbvio, a ninguém deve-lhe ser vedado ou negado o direito a assistência médica, de acordo com o artigo 64.º, n.º 3 da CRP. O que pode aqui ser discutido é o facto de quando poderá o elemento policial ir ao médico para ser diagnosticado. Quando o elemento policial se achar doente, o mesmo tem o direito e deverá consultar um médico para que este averigüe a situação desse elemento policial. Todavia, aparentam haver casos em que o médico ou está iludido em relação à situação da sanidade do seu paciente, ou então, o médico tem o conhecimento que o seu paciente não possui nenhuma doença que o impossibilite de laborar e mesmo assim passa-lhe o atestado médico. Isso prevê-se porque há casos que são muito dúbios, de elementos

policiais que ameaçam meter baixa para não laborarem numa determinada data, e de facto quando é chegado o momento, os mesmos encontram-se de baixa médica. Nesses casos, ou há uma coincidência na aparição súbita de uma doença do elemento policial, que é deveras muito desmedida, ou então o elemento policial conseguiu obter a declaração médica que lhe justifica a ausência ao serviço, de forma ilegítima, não estando alegadas as verdadeiras razões para a sua asseveração. Uma outra razão para a escolha do tema desta dissertação, surge com o facto de não haver nenhuma lei que aborde o problema já mencionado em concreto, havendo uma dificuldade tremenda de conseguir punir os responsáveis pela criação das baixas “fraudulentas”, bem como conseguir afirmar a consumação de tal acto. Posto isto, subordinou-se esta dissertação ao tema: ***Baixas Médicas: As baixas “fraudulentas” e a sua prevenção***, tendo como objectivos:

1. Contextualizar os protocolos para se obter uma baixa médica.
2. Averiguar se há realmente a existência de baixas “fraudulentas”.
3. No caso de as haver, descobrir quais os motivos da sua origem.
4. Saber quais os meios que já existem para combater este fenómeno.
5. Tentar entender a forma de como estas baixas são obtidas, se por negligência do médico, ou se por conhecimento do mesmo.
6. Descobrir se os elementos policiais que gozam destas baixas “fraudulentas”, têm outros comportamentos desviantes.
7. Analisar os prós e contras, e tentar prever medidas que possibilitem combater estas fraudes, e se possível cessá-las completamente.

O presente trabalho serve assim para tentar compreender o fenómeno das baixas “fraudulentas”, expondo-o, e deste modo, abrir fronteiras no que diz respeito ao controlo e obtenção dessas baixas médicas. O objecto de estudo desta dissertação incide nas Esquadras genéricas, pois são estas que possuem mais situações delicadas no que concerne às baixas médicas.

Para a realização deste trabalho a metodologia adoptada consistiu na divisão da dissertação em duas partes. A primeira sendo de cariz teórico, constituindo assim o enquadramento teórico da problemática. Esta parte englobou a realização de três capítulos, nos quais se pretende explicar a matéria que envolva o nascimento e evolução dos direitos do Homem. É nesta parte que é também abordado o regime jurídico que regula o uso das baixas médicas, assim como as fiscalizações às mesmas. A segunda parte consistiu numa parte mais prática, que objectivou obter impressões e opiniões de vários elementos com

conhecimento deste fenómeno. Este trabalho está dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo aborda-se o conceito de Estado, Estado social democrático, e o surgimento de direitos fundamentais dos cidadãos. No segundo capítulo é abordado o regime jurídico que regula as faltas dadas pelos funcionários públicos, nomeadamente os elementos policiais da PSP e o regime jurídico que regula o uso de baixas médicas, e são também aqui abordadas as entidades responsáveis pelas fiscalizações destas baixas médicas, estando a Segurança Social mais devota a combater o problema das baixas “fraudulentas”, visto que é a entidade que é prejudicada por atribuir subsídios de doença a quem não é realmente devido. No terceiro capítulo está formulado o problema de investigação, expondo as possíveis causas para o aparecimento das baixas “fraudulentas”, assim como os problemas que elas acarretam não só para o Estado, devido às remunerações, mas também para a imagem da instituição PSP. Com o estudo e a elaboração destes três capítulos, surgiu assim a necessidade de ir ao terreno para se conseguir descobrir quais as verdadeiras razões que os elementos policiais usam para obter as baixas que são consideradas como “fraudulentas”. É desta forma que surge o capítulo quarto, sendo o último do presente trabalho. Para a elaboração deste último capítulo foi executado um estudo de caso que incidiu na Esquadra com mais baixas médicas e na Esquadra com menos baixas médicas, de acordo com o número de baixas ao nível das Divisões Policiais<sup>1</sup>. Desta forma pretende-se comparar as mesmas, para averiguar qual o verdadeiro cerne das origens das baixas médicas “fraudulentas”.

A recolha e pesquisa bibliográfica foram coadjuvadas por conversas informais exploratórias, com pessoas pertencentes à instituição PSP, à Ordem dos Médicos e à Segurança Social, que conhecem bem o tema aqui abordado e que têm experiência de investigação. Estas interlocuções foram usadas como um instrumento de reflexão perante o método a seguir e as recolhas de informação a obter. Os dados recolhidos para a elaboração desta dissertação foram fornecidos através da subsecção de Recursos Humanos da Divisão Policial de Loures e da 3ª Divisão Policial, e também através do Núcleo de Saúde do Comando Metropolitano de Lisboa (Adiante: COMETLIS). Estes dados estão cingidos somente ao ano de 2010 porque o que interessa analisar neste trabalho é a situação actual do uso das baixas médicas. Recorreu-se à técnica do inquérito por questionário, cuja

---

<sup>1</sup> Através de dados recolhidos conseguiu-se averiguar qual a Divisão Policial do Comando Metropolitano de Lisboa que tinha mais baixas médicas, e a com menor número de baixas médicas. Dentro dessas Divisões foram investigados e analisados os dados respeitantes às Esquadras pertencentes às mesmas, sobre o número de baixas médicas.

aplicação abrangeu somente os elementos policiais da PSP, pertencentes a Esquadras genéricas, para se obter assim dados referentes ao uso de baixas médicas. Para a elaboração desta dissertação foram ainda realizadas entrevistas semi-directivas, em que os entrevistados respondiam a uma série de perguntas-guia, relativamente abertas, para se conseguir receber o máximo de informação possível. Dado o tema da dissertação optou-se por entrevistar um Director Distrital da Segurança Social, o Director da SADPSP, e o Bastonário da Ordem dos Médicos que infelizmente não foi possível contactar.

*“Pelo pacto social, demos existência e vida à entidade política: trata-se agora pela legislação de lhe dar o movimento e a vontade”*

**(Rousseau, 2010:50)**

## **Capítulo 1 - Enquadramento teórico-conceptual**

Este capítulo recai sobre a evolução do Homem, e o consequente aparecimento de grupos, criados para combater as dificuldades da subsistência do Homem. É através dessa necessidade que aparece o Estado. É também abordado neste capítulo, a evolução da concepção de Estado, e a definição do Estado actual português, o Estado de direito democrático. Por último incide-se nos direitos e deveres dos elementos policiais, pertencentes à Polícia de Segurança Pública, enquadrando-se desta forma o direito à saúde e alguns tipos de faltas ao serviço.

### **1. Abordagem à origem da concepção de organização**

A história cultural do Homem está introduzida em contextos históricos que estão bastante diferenciados, denominados por épocas históricas, as quais marcam o grau de organização e das singularidades das vivências do Homem. Para Engels, só houve três épocas históricas realmente diferenciadas: “savagery, barbarism, and civilisation” (Engels, 2004:39). Ao longo da história do Homem, o mesmo começou a criar grupos primários, que foram ficando cada vez mais coesos e que estavam ao mesmo tempo, a alcançar uma complexidade própria, formando-se assim as primeiras civilizações. Com o crescimento destas civilizações, originou-se a necessidade de criar organizações/entidades que governassem o povo, fazendo as escolhas mais acertadas para essa civilização, não havendo assim estagnação na sua evolução. O Homem, aquando das sociedades primárias, estava constantemente em emigrações à procura de alimento e de melhores condições para que conseguisse sobreviver às adversidades vividas naquela altura. Com estas emigrações o Homem começou a encontrar novos indígenas, com os quais criava relações para actuarem em prol da sua existência, melhorando desta forma as hipóteses de sobrevivência de ambos os lados. Com estas relações, novos grupos foram feitos, começando dessa forma a serem constituídas povoações, vilas e aldeias, onde o Homem criava estruturas para regular as suas necessidades.

Com o aumento de complexidade das coesões desses grupos e das povoações, surgiu a necessidade de haver uma figura central que conseguisse manter os grupos coesos, com alguma ordem e disciplina, trabalhando em prol da sua sobrevivência. Essa figura seria o chefe de todo o grupo, ou o chefe tribal nos casos das tribos, tendo o poder de decidir o que seria melhor para o seu grupo. Este chefe do grupo, teria que ser alguém capaz de se fazer respeitar e com autoridade, visto que “nunca o forte é bastante forte para se manter sempre como senhor, se não converter a força em direito e a obediência em dever” (Rousseau, 2010:19). Quando o grupo é demasiado grande e complexo, é preciso mais do que apenas um homem (chefe do grupo) para satisfazer as necessidades desse mesmo grupo. Foi dessa forma que começou a surgir a necessidade de serem criadas organizações...

### **1.1. Conceito de organização na actualidade**

O conceito de organização tem sofrido mutações ao longo do tempo, derivado em parte ao tipo de ambiente sociocultural dominante. Como consequência dessas mutações, a definição de “organização” não se tornou unânime, havendo várias tipologias estabelecidas por diversos autores, que, segundo Bilhim não estão erradas, visto que cada uma dessas teorias apenas acentua destinados aspectos em prejuízo de outros.

Para Edgar Shein, “uma organização é a coordenação planeada de actividades de uma série de pessoas, para a consecução de algum propósito ou objectivo comum, através da divisão de trabalho e função e através de uma hierarquia de autoridade e de responsabilidade” (Shein, 1982:10). Parecida com esta tipologia está também a de Maximiano, que defende que “as organizações são grupos sociais deliberadamente orientados para a realização de objectivos, que, de forma geral, se traduzem no fornecimento de produtos e serviço” (Maximiano, 2004: 27). De acordo com Chiavenato, “as organizações são sistemas cooperativos e que têm por base a racionalidade, (...) são sistemas sociais baseados na cooperação entre as pessoas” (Chiavenato, 1983:384). Para Chiavenato, só existe uma organização quando, haja interacção entre duas ou mais pessoas, desejo e disposição para a cooperação, e que tenham a finalidade de alcançar objectivos em comum. No entanto, para João Bilhim, a concepção de “organização” pode ser definida como sendo “uma entidade social, conscientemente coordenada, gozando de fronteiras delimitadas que funcionam numa base relativamente contínua, tendo em vista a realização de objectivos comuns” (Bilhim, 1996).



Segundo Bilhim, há duas componentes distintas, a que diz respeito à história da organização, à sua imagem, aos seus empregados, à sua cultura, e a componente que embrça a organização como sendo parte integrante do meio político, social e económico (Bilhim, 1996: 21). Estas organizações por norma possuem rotinas já estabelecidas, vocabulário próprio, cultura própria, assim como certas regras que só se aplicam àquela organização. Analisando as tipologias já abordadas, pode-se afirmar que uma organização é uma entidade social, que terá que conter: pessoas (as quais estão vinculadas à organização), coordenação (têm que ser criadas relações de cooperação entre os vários elementos da empresa, para que tenham um caminho a seguir), objectivos (que serão estabelecidos através da coordenação desses elementos), divisão de trabalho (cada elemento tem as suas particularidades, as suas funções e tarefas a serem cumpridas) e também, hierarquia da autoridade (a existência de uma estrutura hierárquica, onde há a delimitação de postos e categorias). Nestas relações sociais, a relação contratual também vai envolver crenças, expectativas e percepções, ou seja, vai ser criado um contrato psicológico, uma obrigação ético-moral<sup>2</sup>, que não está disposta no contrato. Para Bragança, “esta convicção é sustentada na percepção de que uma promessa foi feita (...) e algo foi oferecido em troca (...), ligando desta forma as partes a um quadro de obrigações recíprocas” (Bragança, 2001:23).

No caso da organização da Polícia de Segurança Pública, ela é a consequência das constantes mudanças que tem sido alvo desde 1383, data essa reconhecida por todos os elementos policiais, pois foi nesse ano que foram criados os “Quadrilheiros”, pelo Rei D. Fernando I, o primeiro corpo de agentes policiais. A instituição PSP tem as suas particularidades em relação à sua organização devido às missões que acarreta.

## **2. A aparição do Estado**

Para que a vida em sociedade seja harmoniosa e para que a convivência dos cidadãos esteja de alguma forma regulada, é necessário que hajam regras, e que as mesmas sejam cumpridas. Com o decorrer do tempo, e com a evolução da sociedade, foram criados vários mecanismos por diversas entidades com uma força dominante, que objectivavam a coesão da sociedade e o bem comum.

---

<sup>2</sup> Segundo Germano Marques da Silva, a moral pode ser considerada como o “conjunto de normas de conduta, quer em geral, quer aquelas que são reconhecidas por determinado grupo humano” (Silva, 2001:25-26), e a ética pode ser considerada como “uma reflexão sobre a moral, trata do dever ser e não apenas do ser. (...) é uma reflexão destinada a ajudar ao julgamento pessoal e independente em vista a guiar o comportamento na acção” (Silva, 2001:27).

Para que o objectivo em vista fosse alcançado, e as entidades em causa conseguissem cumprir a sua missão, foi preciso ter um pensamento linear como defende Rousseau, que “haverá sempre grande diferença entre submeter uma multidão e reger uma sociedade” (Rousseau, 2010:25). O Estado foi uma criação do Homem, e faz parte integrante dos mecanismos usados para regular a vida em sociedade. Para que haja um Estado, são precisos três elementos básicos: um povo, um território e poder<sup>3</sup>. Desta forma, estão traçados os alicerces para a criação de um Estado. Segundo Moreira, que expõe a opinião do filósofo Aristóteles, o Estado não provinha de uma origem contratual, visto este ser indispensável para a prossecução dos interesses do Homem, que não os conseguiria obter por outros meios, como o apoio que encontrava na família ou em associações de famílias de pequenas comunidades (Moreira, 1995:21). Esta entidade, na actualidade, tem o poder de inculcar deveres nos cidadãos, assim como direitos, para que estes possam viver em harmonia. Este poder pode ser designado por *ius imperii* (também denominado por *jus imperii*), que significa autoridade, competência, poder do Estado (Valente, 2009:29).

O Estado é constituído pelo conjunto dos seus cidadãos, livres e responsáveis, que possuem determinados direitos e deveres, assim como garantias fundamentais, estando todos eles unidos por um projecto comum de vida. Esta entidade foi criada com o propósito de cumprir determinados objectivos e funções, que visam a satisfação de necessidades, sejam elas materiais ou espirituais dos seus cidadãos. Cabe ao Estado lutar pelo bem-estar dos seus cidadãos, assim como as suas qualidades de vida, promovendo a saúde, segurança, educação, cultura, entre outros direitos, conforme o disposto no artigo 9.º da CRP. Segundo a nossa CRP, constata-se que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”, conforme artigo 1.º, da Constituição. É uma República soberana pois é uma forma de governo em que o povo exerce a soberania. Segundo Canotilho, a “República Portuguesa, além de ser soberana no sentido de comunidade *autodeterminada* e *autogovernada*, á ainda soberana ao acolher como *título de legitimação a soberania popular*” (Canotilho, 2000:224).

---

<sup>3</sup> Segundo Marcello Caetano, o poder é “a possibilidade de eficazmente impor aos outros o respeito da própria conduta ou de traçar a conduta alheia”, e o mesmo diz ainda que o poder existe “existe sempre que alguém tem a possibilidade de fazer acatar pelos outros a sua própria vontade, afastando qualquer resistência exterior àquilo que quer fazer ou obrigando os outros a fazer o que ele queira” (Caetano, 1983:5).

A nossa República, segundo o artigo 2.º, da CRP, “é um Estado de direito democrático, baseado na soberania popular, no pluralismo de expressão e organização política democráticas, no respeito e na garantia de efectivação dos direitos e liberdades fundamentais e na separação e interdependência de poderes, visando a realização da democracia económica, social e cultural e o aprofundamento da democracia participativa”. O Estado de direito democrático pode ser definido como: um Estado de direito, pois há uma “sujeição do poder a princípios e regras jurídicas -, garantindo às pessoas e cidadãos liberdade, igualdade perante a lei e segurança” (Canotilho, 2000:231), e também como sendo um Estado democrático, porque “a *legitimidade* do domínio político e a legitimação do exercício do poder radicam na soberania popular (artigos 2.º e 3.º) e na vontade popular (artigo 9.º)”<sup>4</sup> (Canotilho, 2000:231). Em suma, pode-se dizer que “há, assim, uma *democracia de Estado de direito* e um *Estado de direito de democracia*” (Canotilho, 2000:230). Só se pode falar em Estado de direito democrático quando as características do Estado de direito e da democracia concordantemente se conjugam.

No Estado de direito democrático, a relação entre os órgãos de soberania e os cidadãos não deve ser unilateral, quer isto dizer que a relação destes dois sujeitos deve estar subordinada ao Direito, porque na democracia é fundamental que haja uma intervenção do povo no governo, caso contrário não se pode considerar uma democracia. Havendo uma relação entre o Estado e os seus cidadãos que esteja efectivamente subordinada ao Direito, pode-se abordar o conceito de poder constituinte, que para Canotilho pode ser definido como, um poder que “serve para fazer uma constituição oponível aos representantes do povo e não apenas uma constituição querida pelo povo soberano”<sup>5</sup> (Canotilho, 2000:70), ou seja, o “poder constituinte corresponde, no fundo, ao objectivo central (*core objective*) do constitucionalismo: a primeira função de uma ordem político-constitucional foi e continua sendo realizada através de um sistema de limites impostos àqueles que exercem o poder político” (Canotilho, 2000:71). De acordo com Canotilho, só o povo “pode “decidir” ou deliberar sobre a conformação da sua ordem político-social” (Canotilho, 2000:75), explicando ainda que “poder constituinte significa, assim, *poder constituinte do povo*” (Canotilho, 2000:75).

---

<sup>4</sup> Os artigos mencionados nesta citação referem-se à CRP.

<sup>5</sup> Apesar de na citação a palavra “constituição” estar em letra pequena, a mesma corresponde à Constituição da República Portuguesa.

John Locke fez uma distinção entre poder constituinte e poder ordinário do governo, ou seja, Locke “sugeriu a distinção entre *poder constituinte* do povo, reconduzível ao poder de o povo alcançar uma nova “forma de governo”, e o *poder ordinário* do governo e do legislativo encarregados de prover à feitura e à aplicação das leis” (Canotilho, 2000:72-73). O Estado de Direito democrático pode ser caracterizado pela subordinação do próprio Estado, assim como de todos os seus órgãos, instituições, agentes, à Constituição, e a todos os restantes diplomas legais, bem como a rejeição de qualquer poder ou de qualquer abuso de autoridade que sejam exercidos de forma ilegítima, desproporcional ou irracional. O Estado tem as suas competências delimitadas na Constituição, para que desta forma não haja abuso do poder, ou o uso incontrolado da força. O Estado pode usar de meios coercivos, estando legitimado para tal, pois esta entidade visa a segurança e a convivência harmoniosa entre todos os seus cidadãos, e para proteger os direitos fundamentais de uns, por vezes têm-se que violar outros direitos fundamentais. Estes direitos só são violados quando está em causa um bem maior<sup>6</sup>, ou quando há um direito que está ilegítimamente a ser violado.

Para que o Estado consiga legitimar o seu poder e permitir o seu normal funcionamento na gestão da sociedade, o mesmo tem que se munir de instituições, organismos que ajudem nessa gestão, assim como órgãos de fiscalização. É através da coordenação destes órgãos que, o Estado conseguirá manter uma organização política de um povo, estando a subsistência do mesmo ligada ao sentimento da necessidade que recai sobre esse Estado por parte dos seus cidadãos. A sociedade tem que acreditar que sem esta entidade, poderá não haver paz interna (segurança interna) nem segurança externa (defesa nacional). Uma das instituições que está sob a alçada do Estado de direito democrático Português, com o intuito de objectivar a segurança dos cidadãos, é a Polícia de Segurança Pública.

### **2.1. Funções do Estado e a promoção do direito à saúde**

O Estado tem imensas funções no que concerne ao bem-estar dos cidadãos. Esta entidade, que nos governa e que no entanto não existe a nível material, é responsável pela criação de leis, sejam elas básicas ou complexas, direccionadas para a sociedade ou para instituições em particular, entre outras, que são necessárias à sobrevivência do ser humano.

---

<sup>6</sup> Um exemplo de uma violação legítima de um direito fundamental (como o direito à vida, previsto no artigo 24.º, n.º 1, da CRP) é a legítima defesa (prevista no artigo 31.º e 32.º do Código Penal), que são os casos onde há exclusão da ilicitude.

É desta forma que o Homem consegue viver em harmonia na sociedade, consegue interagir com o resto dos cidadãos sem causar distúrbios ou sem promover a alienação da ordem pública, sendo esta considerada como “o conjunto dos princípios fundamentais subjacentes ao sistema jurídico, que o Estado e a sociedade estão substancialmente interessados em que prevaleçam e que têm uma acuidade tão forte que devem prevalecer sobre as convenções privadas” (Pinto, 1999:551). Ao se observar a CRP<sup>7</sup>, a nossa “lei basilar”, constata-se na preocupação do Estado em proteger os bens e os direitos dos cidadãos. Com isto pretende-se que haja uma reciprocidade de direitos e deveres entre o Estado e o cidadão, contribuindo assim para a subsistência de ambos. Desta forma, à luz da CRP, é tarefa fundamental do Estado “garantir os direitos e liberdades fundamentais e o respeito pelos princípios do Estado de direito democrático”, e “promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efectivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais”, de acordo com o artigo 9.º, alínea b) e c) respectivamente, da CRP.

Para que o sistema<sup>8</sup> funcione, há certos direitos que têm que estar consagrados na nossa Constituição. Para Faria, “são direitos fundamentais em sentido formal os que a Constituição especifica como tais; em sentido material são os que constituem a base jurídica de cada pessoa, quer estejam consagrados na Constituição, nas leis, ou nas regras aplicáveis de direito internacional” (Faria, 2001:3), sendo que “os direitos fundamentais propriamente ditos, os direitos fundamentais em sentido técnico (...) são predominantemente deveres do Estado para com os cidadãos”<sup>9</sup> (Faria, 2001:94). Os direitos do homem podem-se considerar como “direitos morais, isto é, (direitos que se sustenta existirem antes de, ou independentemente de, quaisquer regras jurídicas ou institucionais) de um tipo especial: aplicam-se a todos os seres humanos enquanto seres humanos incondicional e invariavelmente” (Espada, 1997:25). Todo o cidadão tem direito à sua integridade física e moral, conforme o artigo 25.º, da CRP, e em consonância está também consagrado nesta “lei basilar”, o direito à saúde, previsto no seu artigo 64.º. Para Faria, o direito à saúde enquadra-se na última (quinta) posição em relação à hierarquia dos direitos fundamentais, conforme afirma, “na última posição (...) deparam os demais direitos fundamentais económicos, sociais e culturais, cuja única garantia está na protecção

<sup>7</sup> Segundo Canotilho, a Constituição pode ser definida como “um *texto jurídico* que, ao mesmo tempo, fixa a *constituição política* de um *estado*” (Canotilho, 2000:68).

<sup>8</sup> Inter-relação entre o Estado e o cidadão, onde um sustenta o outro.

<sup>9</sup> Faria quando aborda estes direitos, está-se a referir aos artigos compreendidos na Parte I da CRP e do respectivo Título III.

comum das normas constitucionais, designadamente na sua fiscalização”<sup>10</sup> (Faria, 2001:102). Todo o cidadão está resguardado no que respeita à sua saúde, visto que “todos têm direito à protecção de saúde e o dever de a defender e promover”, previsto no artigo 64.º, n.º 1, da CRP, inclusive no emprego, onde todos os cidadãos, sem discriminação, têm direito à “prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde”, de acordo com o artigo 59.º, n.º 1, alínea c) da mesma lei, bem como à “assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou de doença profissional”<sup>11</sup>, previsto na alínea f) do mesmo artigo. Analisando o artigo 64.º, n.º 2, na alínea a), da CRP, apura-se que o Estado promove a protecção da saúde “através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

O Estado, tendo várias valências, precisa de criar e orientar instituições, entidades e serviços para que consiga gerir a sociedade, como é o caso dos Ministérios, entre eles o Ministério da Saúde (Adiante: MS). Esta entidade tem como atribuições, segundo o artigo 2.º, alínea b), do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, “exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspecção”.

## **2.2. Direitos e deveres dos elementos da Polícia de Segurança Pública**

Os elementos da PSP estão vinculados a esta instituição mediante contrato de trabalho<sup>12</sup>, tendo como obrigações “comparecer ao serviço com assiduidade e pontualidade”, e cumprir as ordens emanadas pelos seus superiores hierárquicos, conforme o estipulado pelo artigo 128.º, n.º1, al. b) e al. e), do Código do Trabalho em anexo, na Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Para além dos elementos policiais estarem vinculados às leis que digam respeito à sua própria instituição, também têm que cumprir os restantes diplomas legais pelos quais se rege o cidadão em comum. Analisando a Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro, que define o Regulamento Disciplinar da PSP, constata-se numa série de artigos que têm como um dos objectivos fulcrais, o de transpor à comunidade o comportamento de um cidadão exemplar e incorruptível, por mais adversas que sejam as situações enfrentadas pelo mesmo no seu dia-a-dia.

---

<sup>10</sup> O direito à saúde (artigo 64.º), está integrado no Título III da nossa CRP, contendo em epígrafe, “Direitos e deveres económicos, sociais e culturais”.

<sup>11</sup> Para mais informações sobre as doenças profissionais, consultar o Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio.

<sup>12</sup> Cfr. artigo 11.º e artigo 12.º, n.º1, al. d), do Código do Trabalho, da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro.

Segundo Paula Monteiro, “a Polícia é confrontada, frequentemente, com situações que põem em risco a vida dos seus funcionários. Ela constitui um obstáculo à prossecução dos fins que os infractores teriam em vista e, portanto, torna-se um “alvo a abater”” (Monteiro, 2002:7). É no seguimento dessa atitude comportamental que os elementos policiais não podem “retirar vantagens directas ou indirectas, pecuniárias ou outras, das funções exercidas, actuando com independência em relação a interesses e pressões de qualquer índole”, de acordo com o artigo 8.º, n.º 1, da Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro, tendo em sua epígrafe “Dever de isenção”, e segundo o n.º 2, al. g), do mesmo artigo, nem “solicitar favores, não pedir nem aceitar valores ou quaisquer outros benefícios que possam implicar, directa ou indirectamente, com a independência, objectividade e imparcialidade de exercício das suas funções”. Estes casos referem-se às situações em que o polícia aproveita a sua situação socioprofissional para fazer jus à sua vontade própria e não à vontade do Estado, actuando assim ilegitimamente. Desta forma, o dever de isenção tem assim a função de não permitir ao elemento policial que comprometa o serviço policial devido a acordos ou favores com outras pessoas ou entidades. Os elementos policiais devem também, “participar, prontamente e com verdade, aos superiores hierárquicos as faltas de serviço e quaisquer actos praticados pelos subordinados contra disposição expressa deste Regulamento”, conforme o artigo 11.º, n.º 2, al. b), da Lei supramencionada. Se um elemento faltar ao serviço, mesmo estando a falta justificada, deve o mesmo dizer a verdadeira razão dessa falta, sob pena de incorrer numa transgressão, passível de ser admoestado por um processo disciplinar.

Os elementos policiais não deverão faltar ao serviço, segundo o artigo 14.º, n.º 2, al. a), do mesmo diploma, e devem “apresentar-se, nos dias e horas determinados nos termos regulamentares, no posto de serviço para que estiverem designados”, conforme o que está plasmado no artigo 15.º, n.º 2, al. b), dessa lei. Ao analisar o artigo 16.º, da lei já mencionada, contendo em epígrafe “Dever de aprumo”, constata-se que não obstante destes deveres inerentes aos elementos policiais, devem os mesmos também manter uma postura que honrifique a sua instituição, devendo “assumir, no serviço e fora dele, princípios, normas, atitudes e comportamentos que expressem, reflectam e reforcem a dignidade da função policial e o prestígio da corporação”, conforme o n.º 1 desse artigo. Também não devem “praticar, no serviço ou fora dele, acções contrárias à ética, à deontologia funcional, ao brio ou ao decore da corporação”, de acordo com o que está determinado pelo artigo 16.º, n.º 2, al. f), dessa Lei, nem devem os mesmos “praticar em

serviço qualquer acção ou omissão que possa constituir ilícito criminal, contravencional ou contra-ordenacional”, segundo o n.º 2, al. m), do artigo já referido.

Resumindo esta panóplia de deveres inerentes ao pessoal policial, pode-se concluir que durante o serviço dos mesmos, estes devem “dedicar-se ao serviço com toda a lealdade, zelo, competência, integridade de carácter e espírito de bem servir, utilizando e desenvolvendo de forma permanente a sua aptidão, competência e formação profissional adquiridas na PSP ou outras constantes do respectivo processo individual”, como consta no artigo 5.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 299/2009, de 14 de Outubro. É de realçar a quantidade de deveres que um elemento policial tem que cumprir, para que o comportamento deste não se torne nocivo para a imagem da instituição. Quando estes deveres não são honrados, ou são desrespeitados, a consequência poderá ser a instauração de processo disciplinar e a consequente punição do agente transgressor. Surge assim a necessidade de estipular quais as penas a serem aplicadas aos funcionários/agentes que cometeram essas infracções disciplinares, que segundo o artigo 25.º, n.º 1 da Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro, são: a repreensão verbal, a repreensão escrita, a multa até 30 dias, suspensão de 20 a 120 dias, suspensão de 121 a 240 dias, aposentação compulsiva ou, a mais onerosa para o elemento policial, que é a demissão.

### **3. Faltas no emprego**

Todo o cidadão tem direito ao trabalho, conforme o que está plasmado no artigo 58.º, n.º 1 da CRP. No entanto o trabalhador poderá adoecer não podendo deste modo prestar o serviço que por ele é assegurado. Nesta eventualidade, há duas condições que não podem ser negligenciadas, a segurança da saúde do trabalhador faltoso, assim como a justificação do motivo pelo qual o trabalhador não compareceu ao seu serviço. Surge assim o artigo 59.º, n.º 1, da CRP, que abrange “todos os trabalhadores, sem distinção de idade, sexo, raça, cidadania, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológica”, consagrando que estes têm direito à “prestação do trabalho em condições de higiene, segurança e saúde” e a “assistência e justa reparação, quando vítimas de acidente de trabalho ou de doença profissional”, nas alíneas c) e f) respectivamente. Observando este artigo, denota-se a preocupação de proteger a saúde do trabalhador, visando desta forma minimizar os danos que lhe são causados.



### **3.1. Faltas dadas pelos funcionários públicos (elementos policiais)**

Os elementos integrados no quadro orgânico da PSP são considerados funcionários públicos, pertencendo assim à Administração Pública<sup>13</sup>, e, estão também sob directa dependência do Ministério da Administração Interna<sup>14</sup> segundo o artigo 2.º, da Lei n.º 53/2007, de 31 de Agosto, sendo-lhes aplicado o regime previsto no Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, de acordo com o artigo 28.º, do Decreto-Lei n.º 299/2009, de 14 de Outubro, onde é definido o regime da perda de vencimento de exercício em caso de faltas por doença e quais as condições da sua recuperação.

Todo o funcionário tem o direito a faltar ao serviço por motivo de doença conforme o artigo 29.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, ou por outro motivo que permita essa ausência ao serviço<sup>15</sup>, desde que esta seja devidamente justificada ou comprovada. Esmiuçando o DL já mencionado, considera-se como falta, “a não comparência do funcionário ou agente durante a totalidade ou parte do período de trabalho a que está obrigado, bem como a não comparência em local a que o mesmo deva deslocar-se por motivo de serviço”<sup>16</sup>, de acordo com o seu artigo 18.º. Estas faltas podem ser justificadas, conforme o artigo 20.º desse DL para minimizar a penalização aplicada ao funcionário, seja ela de âmbito disciplinar ou pecuniário. Interessa também ao agente faltoso justificar as mesmas para que não impliquem desconto de férias, de acordo com o artigo 13.º, n.º 1, do DL supramencionado, caso contrário aplica-se o n.º 2 desse mesmo artigo, descontando-se assim um dia de férias por cada dia de falta consumado.

As faltas podem ser justificadas se forem dadas por motivo de doença, doença prolongada, acidente de serviço, doença profissional, para tratamento ambulatorio, realização de consultas médicas e exames complementares de diagnóstico, entre outros tipos de faltas<sup>17</sup>. Por doença pode-se considerar “toda a situação mórbida, evolutiva, não decorrente de causa profissional ou de acto da responsabilidade de terceiro pelo qual seja devida indemnização, que determine incapacidade temporária para o trabalho”, que corresponde à transcrição do artigo 2.º, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

---

<sup>13</sup> Cfr. artigo 266.º e artigo 272.º, n.º 1, da CRP.

<sup>14</sup> Vide anexo B (Organograma do Ministério da Administração Interna).

<sup>15</sup> As restantes faltas poderão ser justificadas se preencherem os pressupostos previstos no artigo 21.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>16</sup> Cfr. artigo 248.º, n.º 1, da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro.

<sup>17</sup> Enumeração de algumas justificações de faltas previstas no artigo 21.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

Todas as faltas que não preencherem os pressupostos previstos no artigo 21.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, serão automaticamente consideradas como faltas injustificadas<sup>18</sup>, que são mais gravosas para o agente que as perpetua. Essas são mais onerosas para o agente pois descontam para o período de férias, determinam a perda das remunerações correspondentes aos dias de ausência, descontam na antiguidade do agente, e poderão também ser responsáveis por sanções disciplinares e nos casos mais graves, em que o agente em causa tenta distorcer o motivo da falta ou ludibriar o sistema, responsáveis pela sanção criminal de acordo com o artigo 71.º, n.º 2 e n.º 3, respectivamente, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

O artigo 30.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, e o n.º 1 da Circular n.º 10/DNA/RH/2007, obrigam a comunicação da não comparência ao serviço do elemento faltoso<sup>19</sup>, por si ou por interposta pessoa no próprio dia da falta, ao seu superior hierárquico<sup>20</sup>, ou em casos de excepcionalidade no dia seguinte, a indicar o local onde se encontra e apresentar o documento comprovativo de doença no prazo de cinco dias úteis<sup>21</sup>, isto nos casos em que o paciente vai a médicos que são estranhos aos Postos Clínicos da PSP<sup>22</sup>. Nos casos em que o doente recorre a um médico do Posto Clínico do Serviço de Saúde da PSP, será esse mesmo posto clínico que se encarregará “da entrega de cópia do documento comprovativo da doença ao serviço respectivo”, de acordo com o n.º 3, al. b), i), do Despacho 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro. Se este documento não for entregue no prazo estipulado, as faltas cometidas pelo agente contarão como faltas injustificadas até à entrega do documento comprovativo nos serviços competentes, a não ser que esse “descuido” por parte do agente seja devidamente justificado, conforme o artigo 30.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

---

<sup>18</sup> Cfr. artigo 249.º e artigo 256.º, da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro, e o artigo 71.º, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>19</sup> Segundo essa Circular, o elemento em causa não é somente um funcionário público, é o elemento policial da PSP.

<sup>20</sup> Cfr. n.º 3, al. a), i), do Despacho n.º 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro.

<sup>21</sup> Cfr. n.º 3, al. a), ii) do Despacho n.º 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro.

<sup>22</sup> De acordo com Correia (*vide* anexo C, entrevista I) “a pessoa quando está de baixa tem que reportar a mesma no prazo de 5 dias, tem que dar conhecimento imediato e apresentar o Certificado de Incapacidade Temporária no prazo de 5 dias úteis. E por aí uma pessoa pode cometer uma infracção disciplinar, se não reportar nesse período.”

### **3.1.1. Para tratamento ambulatorio, realização de consultas e de exames**

De acordo com o artigo 52.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, o funcionário que “encontrando-se ao serviço, careça, em virtude de doença, deficiência ou acidente em serviço, de tratamento ambulatorio<sup>23</sup> que não possa efectuar-se fora do período normal de trabalho pode faltar durante o tempo necessário para o efeito”. O documento que poderá justificar esta falta será um “uma declaração passada por estabelecimento hospitalar, centro de saúde, incluindo as modalidades de atendimento complementar e permanente, ou instituições destinadas à prevenção ou reabilitação de toxicodependência ou alcoolismo, integrados no Serviço Nacional de Saúde”, que está estipulado pelo artigo 30.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 09 de Maio<sup>24</sup>, explicando qual a “necessidade de ausência ao serviço para tratamento ambulatorio e os termos em que a fruirá”, ao abrigo do artigo 52.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

Por uma questão de ordem e disciplina, e para que o serviço se faça da forma mais coerente, deve o agente em questão entregar no serviço “um plano de tratamento, ou na sua falta e, neste caso, por cada ausência para tratamento, documento comprovativo da sua presença no local da realização do mesmo”, conforme o legislado pelo artigo 52.º, n.º 3, do DL supracitado. Desta forma consegue-se agilizar todo este processo de modo a não prejudicar mais a situação do doente, precavendo-se assim situações futuras semelhantes. As horas consumidas durante o serviço, derivado a esta situação, são convertidas em dias completos de faltas, no entanto estas continuam a ser consideradas como serviço efectivo<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Apesar de só se referir ao “tratamento ambulatorio”, aplica-se também o mesmo pressuposto às situações de ausência para realização de consultas médicas e exames complementares de diagnóstico, de acordo com o artigo 52.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>24</sup> Este DL veio a alterar o disposto nos artigos 30.º e 31.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>25</sup> Cfr. artigo 52.º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

*A liberdade é o direito de fazer tudo  
o que as leis consentem*

**(Montesquieu, 2005:166)**

## **Capítulo 2 - Regime jurídico que regula o uso das baixas médicas**

Este capítulo tem como objectivo o de abordar o modo como se processa o uso das baixas médicas dadas pelos funcionários públicos, nomeadamente os elementos policiais. É aqui investigada a legislação que regula o uso de baixas médicas, quais as consequências que advêm do uso das mesmas, assim como os prazos e as entidades que fiscalizam todo este processo. O objectivo deste capítulo será o de descrever quais as formas possíveis de gozar o direito do uso de baixa médica, ausentando-se o funcionário em causa, ao serviço. Neste capítulo também se irá tentar desvendar quando é que estas baixas são usadas de forma menos correcta, iludindo o sistema, sendo assim consideradas como baixas “fraudulentas”<sup>26</sup>. Ou seja, o elemento em questão não está realmente doente, mas possui uma declaração que lhe justifica as ausências ao serviço por motivo de doença. Seja como for, nos casos em que o elemento faltoso está de baixa médica, há métodos e entidades fiscalizadoras para o efeito, que tentam assim desvendar a verdadeira essência de cada baixa médica, averiguando se a mesma é legítima ou não, havendo severas punições para quem perpetua este tipo de transgressão.

Não foram abordadas neste capítulo as faltas dadas por acidente de serviço ou doença profissional, porque nestes casos há efectivamente um infortúnio comprovado, que impossibilita o elemento policial de laborar nas suas perfeitas condições. Também não foram abordadas as faltas por doença prolongada, visto ser o objectivo deste trabalho o estudo e análise das baixas médicas que são usufruídas de um modo recorrente, mas havendo intervalos em que o elemento em causa efectivamente labora.

---

<sup>26</sup> Pode-se considerar baixa “fraudulenta”, aquela que contém (no atestado médico) motivos enganadores da sua existência. Na opinião do Doutor José Gonçalves, Director Distrital da Segurança Social de Leiria (*vide* anexo C, entrevista II), há baixa médica “fraudulenta” quando “o beneficiário se encontra a receber subsídio de doença indevidamente por não existir patologia que o invalide de trabalhar”. Segundo o Superintendente Poças Correia, Director da SADPSP (*vide* anexo C, entrevista I), essas baixas “são fraudulentas porque se tem essa percepção, na prática é mais complicado porque elas estão justificadas por quem tem a competência para o fazer”.

## **1. Faltas por doença**

As faltas por doença são as que são por norma denominadas por “baixas”, ou seja, quando um elemento está doente, tendo apresentado a justificação que o comprove, pode-se dizer que esse elemento está de baixa. No entanto, o elemento que está de baixa poderá estar inapto para o serviço, não decorrente do facto de estar doente, mas derivado a um acidente de trabalho<sup>27</sup> por exemplo. Considera-se que o funcionário está de “baixa” quando o mesmo está impossibilitado fisicamente ou até psicologicamente<sup>28</sup> para o cumprimento do serviço.

### **1.1. Declaração/justificação das faltas por doença**

Para que a falta do elemento policial esteja justificada este deve entregar uma certificação de incapacidade temporária que “é efectuada através de atestado médico, em impresso de modelo próprio, designado por certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença (Adiante: CIT)<sup>29</sup>, o qual é identificado pela aposição das vinhetas do médico e do estabelecimento de saúde”, conforme o previsto no artigo 2.º, n.º 2, da Portaria n.º 337/2004, de 31 de Março. Este modelo do CIT está regulado na Portaria n.º 666-A/2007, de 1 de Junho, e contém o número de dias em que o doente se irá ausentar ao serviço. Esses dias são concedidos conforme o parecer do médico sobre a situação do seu paciente, sendo “uma questão de ética e moral, e só os médicos é que poderão decidir sobre o número de dias de baixas que devem dar”<sup>30</sup>, de acordo com Poças Correia.

A certificação é efectuada “pelos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde, através de documento emitido pelos respectivos médicos”, sendo os serviços considerados competentes para esse efeito as “entidades prestadoras de cuidados de saúde, designadamente centros de saúde, serviços de prevenção e tratamento da toxicod dependência e hospitais, com excepção dos serviços de urgência”<sup>31</sup>, como está estipulado pelo artigo 14.º, n.º 1 e n.º 2, respectivamente, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro. No entanto, no artigo 30.º, n.º 3 do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio, faz-se uma abrangência das entidades competentes para o efeito, como é o caso do médico

---

<sup>27</sup> Cfr. artigo 21.º, n.º 1, al. i), do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>28</sup> Nestes casos (baixas psicológicas), deve o médico que preenche o Certificado de Incapacidade Temporária (*vide* anexo A), referir que o doente não é obrigado a permanecer na sua residência, explicando no seu processo clínico qual a razão.

<sup>29</sup> Para saber o que deve conter o CIT, confrontar artigo 31.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio.

<sup>30</sup> *Vide* anexo C, entrevista I.

<sup>31</sup> O artigo 30.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio, também descreve as entidades responsáveis pela declaração do atestado de doença.

privativo dos serviços<sup>32</sup>, do médico de outros estabelecimentos públicos de saúde, bem como os médicos ao abrigo de acordos com qualquer dos subsistemas de saúde da Administração Pública, e ainda o “médico afecto aos postos clínicos da PSP”, de acordo com o n.º 2, al. b) da Circular n.º 10/DNA/RH/2007, de 30 de Julho. O pessoal com funções policiais que está impedido de comparecer ao serviço por motivo de doença, fora dos períodos de funcionamento dos postos clínicos da PSP, deverá recorrer às entidades já mencionadas anteriormente, de acordo com o n.º 4 da Circular supramencionada.

Quando os doentes obtêm o CIT, passado pelas entidades já referidas<sup>33</sup>, devem esses documentos “ser remetidos, pelos beneficiários, às instituições gestoras das prestações, no prazo de cinco dias úteis a contar da data da respectiva emissão, enquanto não for concretizada a transmissão electrónica de dados respeitantes àquela certificação”, segundo o artigo n.º 34, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, no entanto, no caso dos elementos policiais, deve o CIT ser entregue ou à Esquadra onde está integrado o elemento policial ou ao próprio posto clínico do Comando da Polícia onde o elemento está colocado, sendo depois o CIT remetido para o posto clínico<sup>34</sup>. Este CIT, que é uma declaração da doença, “é válida pelo período que o médico indicar como duração previsível da doença, não podendo, contudo, exceder 30 dias”, conforme o artigo 31.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio, e o n.º 5, da Circular n.º 10/DNA/RH/2007, de 30 de Julho. Se a situação de doença se prolongar para além do tempo previsto, deve ser entregue nova declaração (CIT), segundo o n.º 4 do artigo 31.º do DL já mencionado, e o n.º 6 da Circular já referida.

## **1.2. Inspeção/verificação domiciliária**

A inspeção ou verificação domiciliária, é um meio que pode ser usado para averiguar o estado do doente em relação à sua salubridade. Esta ferramenta consegue em certa parte controlar o doente, sabendo se este se mantém em casa ou não, quando obrigado. Apesar da apresentação de declaração médica do elemento policial, os Comandantes de Esquadra (Adiante: CE), que são os superiores hierárquicos dos elementos policiais pertencentes às Esquadras, podem “mandar convocar e fazer presente o funcionário à Junta de Saúde conforme o estabelecido no Regulamento de Saúde da PSP<sup>35</sup>,

<sup>32</sup> Estes médicos são por norma conhecidos como médicos particulares.

<sup>33</sup> Conforme diz José Gonçalves (*vide* anexo C, entrevista II), “a prescrição de baixa médica depende da avaliação realizada pelo médico, uma avaliação pericial”.

<sup>34</sup> Para outros casos consultar artigo 253.º, n.º 1 e n.º 2, da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro.

<sup>35</sup> Este regulamento encontra-se estipulado na Portaria n.º 17688, de 4 de Julho de 1960.

bem como proceder à verificação domiciliária da doença”, de acordo com o estipulado pelo n.º 7, da Circular n.º 10/DNA/RH/2007, de 30 de Julho. Segundo o artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, que contém em epígrafe “Verificação domiciliária da doença”, pode o “dirigente competente, se assim o entender, solicitar a verificação domiciliária da doença”, conforme o n.º 1 do artigo já aferido. Em relação à PSP, o “dirigente competente” será o Médico Chefe do Posto Clínico, que propõe caso a caso ao CE, se o elemento policial deve ser submetido a verificação domiciliária da doença, por médico da PSP, de acordo com o n.º 5, al. c), do Despacho n.º 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro, ou se será aplicada outra medida<sup>36</sup>. Este Despacho foi criado para remediar discordâncias entre a Portaria n.º 17 788, de 4 de Julho de 1960 e o Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março. Continuando a análise ao artigo 33.º, salienta-se que o médico é obrigado a fazer constar no documento (CIT) se o paciente tem ou não que permanecer no seu domicílio<sup>37</sup>, de acordo com o n.º 2 desse mesmo artigo. Apesar de nesse artigo não estar explícito que se o paciente tiver que permanecer na sua residência esse dado terá que constar no CIT, existe esse campo que é de preenchimento obrigatório pelo médico.

Com a criação do Despacho n.º 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro, o agente faltoso estando obrigado ou não, a permanecer na sua residência, terá que estar presente no seu domicílio nos horários estipulados por este Despacho, de acordo com o seu n.º 7. No entanto, se o agente em causa não estiver obrigado a permanecer na sua residência, deve o mesmo informar o seu superior hierárquico da sua situação<sup>38</sup> e fazer-se acompanhar do “documento comprovativo da doença<sup>39</sup> da indicação dos dias e das horas a que pode ser efectuada a verificação domiciliária, num mínimo de três dias por semana e de dois períodos de verificação diária, de duas horas e meia cada um, compreendidos entre as 9 e as 19 horas”, conforme o determinado pelo artigo 33.º, n.º 3 do Decreto-Lei 100/99, de 31 de Março. Apesar destes três dias, o elemento faltoso só poderá ser alvo de verificação domiciliária naquele prazo estipulado, estando os restantes dias totalmente livre de qualquer controlo. No caso das baixas “fraudulentas”, o elemento em questão só precisará de estar em casa no período horário estipulado, podendo depois sair da sua residência sem

<sup>36</sup> Cfr. restantes alíneas do n.º 5 do Despacho supracitado. Todas as baixas médicas carecem de uma proposta por parte do Médico Chefe do Posto Clínico para o Comandante.

<sup>37</sup> De acordo com Correia (*vide* anexo C, entrevista I), “uma pessoa quando vai ao médico e este lhe passa uma baixa, o indivíduo ou é obrigado a ficar em casa ou não é obrigado a ficar em casa, este dado tem que estar descrito no próprio CIT”. Nos CIT há um campo, do lado direito do documento, a preencher pelo médico onde consta se o doente tem ou não que permanecer do seu domicílio (*vide* anexo A).

<sup>38</sup> Cfr. n.º 9, do Despacho 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro.

<sup>39</sup> Cfr. artigo 33.º, n.º 2, do Decreto-Lei 100/99, de 31 de Março.

que seja punido por isso. Talvez com o aumento do número possível de verificações domiciliárias por semana, os elementos que usufruem de baixas médicas “fraudulentas” fossem obrigados a fazer uma vida de quem está realmente doente, estando praticamente sempre na sua residência até se acabarem os dias declarados no CIT.

A verificação domiciliária pode ser feita “por via telefónica, seguida de confirmação pessoal por parte de dois elementos” ou só por “confirmação pessoal por dois elementos”, segundo o n.º 8, al. a) e b) respectivamente, do Despacho n.º 09/GND/05, de 23 de Fevereiro. Se após a verificação domiciliária, o visado não se encontrar na sua residência, aplica-se o disposto no artigo 33.º, n.º 4, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, em que “todas as faltas dadas são injustificadas, por despacho do dirigente máximo do serviço, se o funcionário ou agente não justificar a sua ausência, mediante apresentação de meios de prova adequados, no prazo de dois dias úteis a contar do conhecimento do facto, que lhe será transmitido por carta registada, com aviso de recepção”. No entanto, como explica Poças Correia, “as inspecções domiciliárias são raras, porque há escassez de meios”, e “mesmo que estas inspecções sejam realizadas persiste o problema se o indivíduo estava mesmo em casa ou não, havendo sempre a desculpa que estava indisposto ou a dormir ou outra razão plausível que não o possibilitasse de ir abrir a porta, e não há maneiras de comprovar o contrário”<sup>40</sup>. Se no acto da verificação domiciliária feita pelo médico, que eventualmente poderá ser acompanhado por um elemento policial<sup>41</sup>, o parecer do médico for negativo, então “serão consideradas injustificadas todas as faltas dadas desde o dia seguinte ao da comunicação do resultado da inspecção feita através de carta registada, com aviso de recepção, e considerada a dilação de três dias úteis, e até ao momento em que efectivamente retome funções”, conforme o disposto no artigo 33.º, n.º 5, do DL supramencionado.

De acordo com o artigo 34.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, a “verificação domiciliária da doença do funcionário ou agente nas zonas definidas por portaria do Ministro das Finanças<sup>42</sup> é efectuada por médicos do quadro da ADSE<sup>43</sup> ou por ela convencionados ou credenciados, neste caso por contrato de avença, de remuneração a fixar por despacho do Ministro das Finanças”<sup>44</sup>, sendo a verificação feita a pedido do

---

<sup>40</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>41</sup> Cfr. Despacho n.º 07/GDN/06, de 7 de Março.

<sup>42</sup> Essas zonas estão definidas na Portaria n.º 118/96, de 16 de Abril.

<sup>43</sup> A ADSE é a Direcção Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública (quando foi fundada era denominada por “Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado”).

<sup>44</sup> Cfr. artigo 4.º, da Portaria n.º 351/2007, de 30 de Março.



dirigente máximo do serviço que requisita directamente à ADSE<sup>45</sup>. Fora destas zonas, aplica-se o predisposto no artigo seguinte (35.º), em que a “verificação domiciliária da doença do funcionário ou agente é feita pelas autoridades de saúde da área da sua residência habitual ou daquela em que ele se encontre doente”, sendo as despesas suportadas pela entidade responsável pela requisição dessa inspecção.

## 2. Juntas de saúde

A PSP é possuidora de várias Juntas de Saúde, de acordo com o artigo 54.º, da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960<sup>46</sup>, no entanto, as que interessa aqui abordar, são elas:

- A Junta Superior de Saúde<sup>47</sup>; e
- As Juntas dos Comandos Distritais<sup>48</sup>.

A Junta Médica do Comando (Adiante: JM), entre as várias funções que possui, salienta-se a de ser a responsável para “emitir parecer sobre a concessão de licença por motivos de saúde até sessenta dias, prorrogáveis até ao máximo de cento e oitenta dias” e o facto de poder “pronunciar-se sobre a atribuição de serviços moderados até ao máximo de cento e oitenta dias”, conforme o que consta no artigo 57.º, al. a) e d), respectivamente, da Portaria supramencionada.

A Junta Superior de Saúde da PSP<sup>49</sup> (Adiante: JSS), em parte é accionada para situações mais gravosas<sup>50</sup>, tem a função de apreciar e decidir “a incapacidade para o serviço<sup>51</sup> e a percentagem de desvalorização do pessoal policial abrangido pelo regime de protecção social da função pública”, de acordo com o artigo 31.º, do Decreto-Lei n.º 299/2009, de 14 de Outubro. A JSS pode também deliberar, em recurso, das decisões das outras juntas de saúde da PSP, e pode também atribuir uma licença de saúde igual à da JM, mas com um prazo de noventa dias, podendo esta ser prorrogada, segundo o artigo 56.º, al.

<sup>45</sup> Cfr. artigo 34.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>46</sup> Apesar de esta Portaria ter sido publicada no ano de 1960, esta ainda está em vigor, sendo a mesma que regula o serviço de saúde da PSP, tendo sido no entanto alvo de algumas alterações com o decorrer do tempo.

<sup>47</sup> A Junta Superior de Saúde é a única que está sediada na Direcção Nacional.

<sup>48</sup> Estas Juntas de Saúde são também conhecidas como as Juntas Médicas.

<sup>49</sup> Cfr. 28.º, da Lei 53/2007, de 31 de Agosto.

<sup>50</sup> Segundo o artigo 65.º, da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960, a JSS só pode ser “activada” por ordem do Comandante-Geral. Esta expressão, “Comandante-Geral”, caiu em desuso, tendo sido trocada por Director Nacional (Adiante: DN). A JSS junta funciona sobre directa dependência do DN, o qual tem a função imputada de homologar as decisões da JSS, bem como sancionar as licenças arbitradas pelas juntas de saúde (JM), de acordo com o artigo 21.º, n.º 2, al. h) e al. i), e o artigo 24.º, al. b), da Lei n.º 53/2007, de 31 de Agosto.

<sup>51</sup> De acordo com o artigo 56.º, al. c), da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960, a JSS pronuncia-se nos casos de incapacidade definitiva para o serviço.

a) e b), respectivamente, da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960. As decisões da JM podem ser sujeitas a recurso para a JSS, sendo que, este recurso deve ser efectuado no prazo máximo de três dias, após a publicação da decisão da JM, no entanto, nunca há direito a recurso sobre as decisões da JSS, conforme o disposto no artigo 62.º, da Portaria já mencionada.

O funcionário será submetido à JM quando, salvo nos casos de internamento e do adoecimento no estrangeiro, este tenha atingido o limite máximo de faltas consecutivas por motivo de doença (sessenta dias) e o mesmo ainda não se encontrar apto para o serviço<sup>52</sup>, ou quando o comportamento do funcionário aponte/indicie de que o mesmo está a ter um comportamento fraudulento<sup>53</sup> no que concerne à matéria de faltas por doença, conforme o artigo 36.º, n.º 1, al. a) e b), respectivamente, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março. Nesta última situação, quem deve fazer o pedido para a submissão do elemento faltoso à JM, é o dirigente do serviço, em que nos casos das Esquadras genéricas da PSP, é o CE<sup>54</sup>. No artigo 38.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, que estipula que a JM “pode justificar faltas por doença dos funcionários ou agentes por períodos sucessivos de 30 dias, até ao limite de 18 meses”, deve-se considerar que estes 18 meses correspondem à soma de “todas as faltas por doença, seguidas ou interpoladas, quando entre elas não mediar um intervalo superior a 30 dias, no qual não se incluem os períodos de férias” e as “faltas justificadas por doença correspondentes aos dias que medeiam entre o termo do período de 30 dias consecutivos de faltas por doença e o parecer da junta médica que considere o funcionário ou agente capaz para o serviço”, mesmo que estes períodos estejam compreendidos entre anos civis diferentes, de acordo com o artigo 44.º, al. a) e b), respectivamente, do DL já mencionado. Ao fim desses 18 meses, na situação de faltas por doença, o elemento policial tem duas situações sendo elas as previstas no artigo 47.º, n.º 1, na alínea a) e na alínea b), do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março. Deste modo entende-se que ninguém justifica as faltas dadas após os 18 meses, pois após esse tempo o elemento entra automaticamente em situação de licença sem vencimento de longa duração, conforme o disposto no artigo 47.º, n.º 3 do DL acima referenciado.

<sup>52</sup> Neste caso, segundo o artigo 37.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, quando a incapacidade do funcionário perdura até aos sessenta dias consecutivos, a JM notificará o sujeito em causa, cinco dias antes de acabar esse prazo, que o mesmo terá que comparecer na JM na data que esta Junta determinar.

<sup>53</sup> Esta expressão, “comportamento fraudulento”, diz respeito ao gozo dos dias de baixa médica sem o funcionário estar realmente incapacitado para o serviço como está declarado no CIT.

<sup>54</sup> Cfr. artigo 36.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

O funcionário, quando notificado para comparecer na JM, poderá apresentar-se ao serviço antes do tempo, excepto se a comparência na JM for devida a indícios que o funcionário em causa está a ter um comportamento fraudulento, ou que o mesmo se encontra com anomalia psíquica<sup>55</sup>. A não comparência a esta Junta, sem impedimento justificado, “implica que sejam consideradas injustificadas as faltas dadas desde o termo do período de faltas anteriormente concedido”, conforme o estipulado pelo artigo 41.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março. Quando o funcionário está “na situação de faltas por doença concedidas pela junta ou a aguardar a primeira apresentação à junta, só pode regressar ao serviço antes do termo do período previsto mediante atestado médico que o considere apto a retomar a actividade, sem prejuízo de posterior apresentação à junta médica”, sendo esta intervenção considerada de manifesta urgência, de acordo com o artigo 43.º, n.º 1 e n.º 2 respectivamente, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

Os elementos que pertencem à PSP, e que são sujeitos às JM, só o poderão fazer com autorização do Comando de que dependem, de acordo com o artigo n.º 71, da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960. Nesses casos, a proposta elaborada pelo médico do respectivo Comando<sup>56</sup>, será incluída no processo de sanidade do elemento em questão. Depois de submetido a essa Junta, o funcionário em questão continuará a ser seguido por essa mesma Junta, ou até mesmo outra, até que ele seja considerado apto a regressar ao serviço<sup>57</sup>, conforme o n.º 8, da Circular n.º 10/DNA/RH/2007, de 30 de Julho. Nos casos mais peculiares, em que o funcionário esteja a ser acompanhado pela JSS, o mesmo não poderá ser submetido a outra Junta. Após submissão à JM, deve ser comunicado o seu parecer “ao funcionário ou agente no próprio dia e enviado de imediato ao respectivo serviço”, de acordo com o artigo 42.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março. Segundo o número seguinte desse artigo, essa Junta “deve pronunciar-se sobre se o funcionário ou agente se encontra apto a regressar ao serviço e, nos casos em que considere que aquele se não encontra em condições de retomar a actividade, indicar a duração previsível da doença (...) e marcar a data de submissão a nova junta”.

---

<sup>55</sup> Cfr. artigo 41.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março.

<sup>56</sup> Os elementos pertencentes à PSP, só são submetidos a estas Juntas de Saúde a pedido do médico do Comando.

<sup>57</sup> Nestes casos, a JM em causa emite nova data de apresentação à Junta, notificando-o de imediato. Não será aceite qualquer declaração médica comprovativa de ausência por doença como fundamento para a não comparência à data estipulada pela Junta.

### **3. Enfermarias**

Analisando a Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960, depara-se que no seu artigo 11.º, está consagrado que “nas cidades de Lisboa e Porto dispor-se-á de enfermarias, para apoio dos agentes e funcionários civis da Polícia de Segurança Pública; nas restantes localidades, só naquelas em que o número de agentes e funcionários imponha a sua criação como muito conveniente”. O problema das enfermarias é que já não estão funcionais, apesar de estar estipulado que devem de existir, tal não acontece. O uso de enfermarias da PSP caiu em desuso com o passar do tempo. Estas enfermarias eram “destinadas a receber doentes portadores de doenças não contagiosas e de curta duração e compatíveis com as possibilidades das mesmas”, de acordo com o artigo 22.º, da presente Portaria. Os médicos da PSP em serviço na localidade onde a enfermaria estaria instalada, seriam os responsáveis pela prestação de assistência médica aos doentes, conforme o artigo 24.º, da referida Portaria. Se os elementos policiais fossem internados na enfermaria, os mesmos seriam obrigados a acatar as prescrições médicas passadas pelo médico<sup>58</sup>, só podendo sair desse estabelecimento quando obtivessem alta. Na enfermaria<sup>59</sup> haveria enfermeiros e auxiliares de enfermeiro<sup>60</sup> da PSP, os quais seriam sujeitos a provas para se averiguar se seriam competentes para o desempenho de tais funções, de acordo com o artigo 95.º, da Portaria supramencionada.

Nos casos em que “o médico suspeite de simulação e o agente ou funcionário civil insista no seu propósito, deverá comunicar ao comando respectivo e propor as medidas que julgar mais convenientes para completo esclarecimento do caso”, de acordo com o disposto no final do artigo 84.º da Portaria supradita. Nesta situação estaríamos perante uma possível baixa “fraudulenta”.

### **4. Sanções disciplinares**

Os elementos da PSP, estão condicionados pelo Regulamento Disciplinar da Polícia de Segurança Pública, aprovado pela Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro. Quando o elemento compromete o serviço, a instituição ou até mesmo a salubridade pública, este elemento poderá ser alvo de repressão e punição, sendo as punições mais gravosas as de aposentação compulsiva e a de demissão, de acordo com esta lei.

---

<sup>58</sup> Cfr. artigo 35.º, da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960.

<sup>59</sup> Para saber a constituição física destas enfermarias consultar artigo 23.º, da Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960.

<sup>60</sup> Cfr. artigo 97.º, da Portaria acima referida.

Por norma, as duas punições mais severas só são aplicadas ao agente “por infracções disciplinares que inviabilizam a manutenção da relação funcional”, conforme o artigo 47.º, n.º 1, da lei já mencionada. Esses castigos poderão ser aplicados quando o elemento policial “praticar ou tentar praticar acto demonstrativo da perigosidade da sua permanência na instituição ou acto de desobediência ou insubordinação<sup>61</sup>”, segundo o artigo 47.º, n.º 2, al. f), da mesma lei. Em relação à aposentação compulsiva, ela é aplicada como pena, quando o elemento policial em questão demonstre “incompetência profissional ou falta de idoneidade moral para o exercício das funções”, estipulado pelo artigo 48.º, n.º 1, da presente lei, tendo como circunstância agravante o facto de essa infracção cometida ser “comprometedora da honra, do brio, do decoro profissional ou prejudicial à ordem ou ao serviço”, de acordo com o artigo 53.º, n.º1, al. f), do mesmo diploma.

### **5. Órgãos responsáveis pelas fiscalizações de baixas médicas**

Na actualidade, existem várias entidades fiscalizadoras criadas para o combate às baixas médicas que se podem considerar como “fraudulentas”, assim como punições para quem contribui para a origem dessas baixas. O Ministério da Saúde dispõe de serviços centrais, os quais integram a administração directa do Estado, como é o caso da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde<sup>62</sup> (Adiante: IGAS). De acordo com o artigo 12.º, do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, a IGAS “é o serviço de auditoria, inspecção e fiscalização no sector da saúde, que tem por missão assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação, em todos os domínios da prestação dos cuidados de saúde, quer pelas instituições, serviços e organismos do Ministério da Saúde, ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos”. Com esses poderes, a IGAS deve assim, “verificar o cumprimento das disposições legais e das orientações aplicáveis, bem como a qualidade dos serviços prestados, por qualquer entidade ou profissional, no domínio das actividades em saúde” e “efectuar acções de prevenção e detecção de situações de corrupção e de fraude, promovendo os procedimentos adequados”, conforme o estipulado pelo artigo 12.º, n.º 2, al. a) e al. e) respectivamente, do DL já mencionado.

---

<sup>61</sup> O facto de o elemento policial meter baixa médica para não laborar, não estando realmente doente, não deverá ser tido em conta como sendo um acto de insubordinação?

<sup>62</sup> Cfr. artigo 4.º, al. b), do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro.

No entanto, na actualidade a IGAS está mais dedicada a situações de fraude entre médicos e farmácias<sup>63</sup>, estando a Segurança Social (Adiante: SS) mais devota à fiscalização de situações de baixas fraudulentas<sup>64</sup>.

### **5.1. Segurança Social**

Uma das formas que o Estado tem para conseguir promover a protecção da saúde do cidadão, surge com a Segurança Social, prevista no artigo 63.º, n.º 2, da CRP. Este “tentáculo”<sup>65</sup> do Estado “protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho”, como está plasmado no n.º 3 do artigo acima mencionado. Para Faria, “a segurança social alinhou na estatização da organização, coordenação e subsistência de um sistema unificado e descentralizado, reconhecendo embora o papel de instituições particulares de solidariedade social não lucrativas, nos sectores especialmente designados, cuja regulamentação e fiscalização pertencerão também ao Estado” (Faria, 2001:220)

Analizando a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, constata-se que a mesma se aplica aos elementos policiais da PSP, pois esta lei “é aplicável a todos os trabalhadores que exercem funções públicas, independentemente da modalidade de vinculação e de constituição da relação jurídica de emprego público ao abrigo da qual exercem as respectivas funções”, conforme estipulado pelo seu artigo 2.º, n.º 1. Nessa lei também está legislado que “todos os trabalhadores têm direito, nos termos da lei, a protecção social, a outros benefícios sociais e a subsídio de refeição”, segundo o seu artigo 114.º, n.º 1. Este regime de protecção social, que está regulado pela Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro, vem a alterar o regime anterior de protecção social<sup>66</sup>, e é aplicado aos elementos policiais<sup>67</sup>. A SS é um sistema que “compreende serviços que fazem parte da administração directa e da administração indirecta do Estado”<sup>68</sup>, sendo composto pelo sistema de protecção social de cidadania, pelo sistema complementar, e pelo sistema previdencial, de acordo com o artigo 23.º, da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro. Todos os cidadãos têm direito<sup>69</sup> à SS e esta

---

<sup>63</sup> Vide anexo E, site I.

<sup>64</sup> Vide anexos E, site II e III.

<sup>65</sup> Esta palavra não surge com qualquer sentido pejorativo, mas como uma forma para explicar as várias valências do Estado.

<sup>66</sup> Cfr. artigo 104.º, da Lei 4/2007, de 16 de Janeiro.

<sup>67</sup> Cfr. artigo 114.º, n.º 2, e o artigo 88.º, da Lei 4/2007, de 16 de Janeiro.

<sup>68</sup> Cfr. artigo 94.º, n.º 1 e n.º 2, da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

<sup>69</sup> Cfr. artigo 63.º, n.º 1, da CRP, e artigo 2.º, n.º 1 e 2, da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

“protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho”, segundo o artigo 63.º, n.º 3, da CRP. O sistema previdencial “visa garantir, assente no princípio de solidariedade de base profissional, prestações pecuniárias substitutivas de rendimentos de trabalho perdido em consequência da verificação das eventualidades legalmente definidas”<sup>70</sup>, conforme o artigo 50.º, da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

No entanto, os beneficiários são obrigados a contribuir para os regimes de segurança social para poderem usufruir deste sistema, como está referido no artigo 56.º, n.º 1, da lei acima referida, pois este sistema tem como fonte de financiamento as quotizações dos trabalhadores e as contribuições das entidades empregadoras<sup>71</sup>. A protecção social convergente é um regime que “concretiza os objectivos do sistema previdencial, através de prestações pecuniárias substitutivas de rendimentos de trabalho perdidos, as quais assumem a natureza de prestações sociais”, de acordo com o artigo 12.º, n.º 1, da Lei 4/2009, de 29 de Janeiro, e este sistema integra as eventualidades previstas no sistema previdencial, nomeadamente, a doença<sup>72</sup>. A administração do sistema de SS encontra-se apoiada num sistema de informação de âmbito nacional, que tem como objectivo o de “garantir que as prestações sejam atempadamente concedidas aos seus destinatários” e o de “assegurar a eficácia da cobrança das contribuições e do combate à fraude e evasão contributiva, bem como evitar o pagamento indevido de prestações”, conforme o artigo 98.º, n.º 1, al. a) e al. b), respectivamente, da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

## **5.2. Protecção social na doença (subsídio de doença)**

Todos os cidadãos que trabalhem para conta de outrem e que descontem para a Segurança Social, têm o direito ao subsídio de doença. Analisando o trabalho denominado *Guia Prático, Subsídio na Doença*, elaborado pelo Instituto de Segurança Social, tendo como legislação basilar o Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, e as suas consequentes alterações, considera-se que o subsídio de doença é “um apoio pago em dinheiro para compensar a perda de rendimentos do trabalhador que não pode trabalhar temporariamente por estar doente”, ou, segundo José Gonçalves, o subsídio de doença poderá ser considerado como uma “prestação pecuniária atribuída para compensar a perda

---

<sup>70</sup> Essas mesmas eventualidades estão delineadas no artigo 52.º, n.º 1, da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

<sup>71</sup> Cfr. artigo 92.º, al. a) e al. b), da Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

<sup>72</sup> Cfr. artigo 13.º, al. a), da Lei n.º 4/2009, de 29 de Janeiro.

de remuneração, resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença”<sup>73</sup>. Este subsídio é fornecido quando o doente:

- Possua um Certificado de Incapacidade Temporária para o trabalho, passado por um médico ao serviço do Serviço Nacional de Saúde;
- Tenha os descontos para a Segurança Social dos três meses anteriores ao aparecimento da doença em dia;
- Cumpra o prazo de garantia<sup>74</sup>;
- Cumpra o índice de profissionalidade<sup>75</sup>.

O subsídio de doença poderá acumular com as prestações compensatórias dos subsídios de férias e natal, no entanto não poderá acumular com os subsídios de maternidade, paternidade nem com o de adopção<sup>76</sup>. Segundo o artigo 34.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, para se obter este subsídio, o trabalhador incapacitado teria que enviar uma cópia do CIT para a Segurança Social, no prazo de cinco dias úteis a contar desde a recepção do certificado, para que este serviço tenha conhecimento da situação do beneficiário. O prazo é igual ao dos elementos policiais que também obtêm esse documento, tendo que o entregar na Esquadra ou no posto clínico. Depois do CIT ser remetido, o beneficiário tem direito a receber o subsídio por doença no quarto dia em que não possa trabalhar, conforme o disposto no artigo 21.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, e se não entregar o CIT nos cinco dias úteis, que estão previstos na legislação, o trabalhador só receberá o subsídio a partir do dia em que envia o certificado para a Segurança Social, de acordo com o n.º 4 do mesmo artigo.

A aquisição ao direito do subsídio de doença, fornecido apenas com a posse do CIT pelo beneficiário, “pode ser objecto de confirmação oficiosa da sua subsistência, através da intervenção do sistema de verificação de incapacidades<sup>77</sup>”, de acordo com o artigo 36.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro. Segundo José Gonçalves

---

<sup>73</sup> Vide anexo C, entrevista II.

<sup>74</sup> O prazo de validade subsiste quando o trabalhador no dia em que deixa de trabalhar, por motivos de doença, tenha trabalhado e descontado durante seis meses (seguidos ou não) para a Segurança Social ou para um outro sistema de protecção social que assegura um subsídio em caso de doença. Consultar artigo 9.º, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

<sup>75</sup> Existe índice de profissionalidade quando o doente tenha laborado pelo menos 12 dias nos primeiros quatro meses dos últimos seis. Estes seis meses incluem o mês em que deixa de trabalhar por doença. Os dias que o trabalhador já laborou e os dias de baixa (se esta tiver começado nos 60 dias a seguir ao final da baixa anterior) afectam o índice de profissionalidade, conforme o artigo 12.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

<sup>76</sup> Cfr. artigo 4.º e artigo 23.º, n.º 1 e n.º 3, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

<sup>77</sup> Este sistema de verificação de incapacidades (Adiante: SVI), consiste numa peritagem médica que dispõe de meios técnicos de verificação de incapacidades, temporárias ou permanentes para o trabalho. Para saber quando actua o SVI, consultar artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de Dezembro.



(*vide* anexo C, entrevista II), o SVI “tem em conta indicadores de risco, como as baixas de longa duração (mais de 30 dias), em que os beneficiários passam automaticamente a constar de uma “bolsa” para serem convocados a junta médica de 30 em 30 dias, permitindo uma selecção dos casos e aumentando a eficácia”.

O beneficiário que goza deste subsídio não receberá um valor igual ao da sua remuneração base<sup>78</sup>, mas sim um corte significativo nessa remuneração. Segundo o artigo 16.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, “o montante diário do subsídio de doença é calculado pela aplicação à remuneração de referência de uma percentagem variável em função da duração do período de incapacidade para o trabalho ou da natureza da doença”, referência essa que consta no número seguinte do mesmo artigo<sup>79</sup>. No entanto poderá haver um aumento de 5% nas percentagens que constam no artigo 16.º, n.º 2, nas alíneas a) e b), do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, segundo o artigo 17.º, n.º 1 e n.º 2, do mesmo DL. O montante do subsídio de doença está regulado pelos artigos 16.º, 17.º, 18.º e 19.º, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro<sup>80</sup>.

Este subsídio cessa quando o CIT do beneficiário atingir o *terminus* do período, ou quando o beneficiário se ausentar da sua residência no prazo previsto no artigo 28.º, n.º 1, al. b), do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, e não apresentar justificação dessa ausência no prazo de cinco dias úteis<sup>81</sup>. O subsídio termina também quando o beneficiário obrigado a apresentar-se aos exames médicos a que for convocado, não o faça, sem para que tal não apresente justificação válida no mesmo prazo dos cinco dias úteis<sup>82</sup>.

## 6. Punições para baixas “fraudulentas”

Compete à SS fiscalizar o cidadão que recebe o subsídio de doença, averiguando-se desta forma se o cumprimento das suas obrigações está a ser efectuado, ou se existe alguma situação de fraude que determine a suspensão das prestações e a punição do funcionário em causa. Segundo o estipulado no artigo 106.º do Regime Geral das Infracções Tributárias, em anexo na Lei 55-A/2010, de 31 de Dezembro, e como explana Gonçalves (*vide* anexo C, entrevista II), “constituem crime de fraude contra a segurança

<sup>78</sup> Cfr. artigo 255.º, n.º 1 e n.º 2, al. a), da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro.

<sup>79</sup> No caso do beneficiário que obtém o CIT por ser portador de tuberculose, os valores a aplicar das percentagens são diferentes. Cfr. artigo 16.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

<sup>80</sup> Para um melhor entendimento sobre o cálculo para a quantificação deste montante, consultar anexo D, tabela I.

<sup>81</sup> Cfr. artigo 24.º, n.º 2, al. a), e n.º 3, do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro.

<sup>82</sup> Cfr. artigo 24.º, n.º 2, al. b), do Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, e artigo 28.º, n.º 1, al. a), do mesmo DL.

social as condutas dos beneficiários que visem o recebimento indevido, total ou parcial, de prestações de segurança social com intenção de obter para si ou para outrem vantagem patrimonial ilegítima de valor superior a € 7 500”. No entanto este artigo só é aplicado quando o funcionário contenha uma remuneração de subsídios de doença que ultrapasse os 7500 euros. De acordo com o artigo 36.º, n.º 1, al. b) e c), da Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de Janeiro, quem obtiver subsídio, tendo “omitindo, contra o disposto no regime legal da subvenção ou do subsídio, informações sobre factos importantes para a sua concessão”, ou “utilizando documento justificativo do direito à subvenção ou subsídio ou de factos importantes para a sua concessão, obtido através de informações inexactas ou incompletas”, será punido com prisão de 1 a 5 anos e multa de 50 a 150 dias. Mais uma vez pode-se enquadrar neste artigo o uso de baixas “fraudulentas”, mas só aquelas que possibilitam a recepção pecuniária de um subsídio, que não acontece na PSP. Nos casos em que o subsídio obtido por fraude seja de valor consideravelmente elevado, a pena de prisão será de 2 a 8 anos<sup>83</sup>. As faltas por doença, de acordo com o artigo 29.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, determinam a perda completa do vencimento de exercício nos primeiros 30 dias de ausência de cada ano civil, sejam eles seguidos ou interpolados, a não ser nos casos de internamento hospitalar. Segundo o n.º 3 do mesmo artigo, a partir desses 30 dias de ausência, passará a ser descontado na antiguidade para efeitos de carreira, e todas “as faltas por doença implicam sempre a perda do subsídio de refeição”, conforme o n.º 5 do mesmo artigo. O artigo 29.º, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, deve ser conjugado com o artigo 255.º, da Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro. Segundo este último artigo, sempre que um trabalhador falte por motivos de doença, o mesmo não recebe o seu vencimento se beneficiar de um regime de segurança social de protecção na doença. No entanto, a segurança social irá restituir essa remuneração ao elemento em causa. Apesar de esta situação estar regulada e estipulada em diplomas legais, a mesma não se verifica no caso dos elementos policiais da PSP.

Analizando de forma sucinta os factos já descritos, pode-se concluir o seguinte:

1. O CIT, é o que origina ou para ser mais exacto, é o documento que justifica a baixa do funcionário público, estando este justificado para não comparecer ao serviço dentro do tempo declarado por esse CIT;

---

<sup>83</sup> Cfr. artigo 36.º, n.º 2 e n.º 5, do Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de Janeiro.

2. Este certificado que é usado nas faltas dadas por motivo de doença, é obrigatório para que o funcionário em causa consiga receber o subsídio de doença;
3. O médico, sabendo que o seu paciente não está realmente doente, e que passa na mesma ao seu paciente o CIT que lhe justifica as faltas ao serviço, possibilitando-lhe assim a recepção do subsídio de doença, não estará a infringir o disposto no artigo 36.º, n.º 1, al. b) ou al. c), do Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de Janeiro?
4. E o elemento policial que vai ao médico para que este lhe passe o CIT, justificando-lhe as faltas ao serviço, não se encontrando realmente incapacitado para o serviço, não estará a violar o dever de isenção<sup>84</sup>, o dever de zelo<sup>85</sup>, o dever de lealdade<sup>86</sup>, o dever de assiduidade<sup>87</sup>, o dever de apurmo<sup>88</sup>, e o disposto no artigo 36.º, n.º 1, al. a), do Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de Janeiro?

---

<sup>84</sup> Se pedir ao médico, como um favor, que lhe dê alguns dias de baixa. Consultar artigo 8.º, n.º 2, al. g), da Lei 7/90, de 20 de Fevereiro.

<sup>85</sup> Quando o funcionário vai ao médico com intenções de ludibriar o sistema, obtendo ajuda deste para esse efeito (adquirindo o CIT), não comunica o ilícito praticado pelo médico. Consultar artigo 9.º, n.º 2, al. c), da Lei 7/90, de 20 de Fevereiro.

<sup>86</sup> Quando o elemento em causa inventa motivos para que lhe seja justificada a falta. Cfr. artigo 11.º, n.º 2, al. b), da Lei 7/90, de 20 de Fevereiro.

<sup>87</sup> Cfr. artigo 14.º, n.º 2, al. a), da Lei 7/90, de 20 de Fevereiro.

<sup>88</sup> O facto de o médico saber que o elemento policial, não estando realmente doente e que quer gozar de baixa, compromete/denigra a imagem do agente, assim como a imagem da própria instituição. Cfr. artigo 16.º, n.º 2, al. f), da Lei 7/90, de 20 de Fevereiro.

*Se todos os cidadãos são iguais perante o contrato social, o que todos devem fazer,  
todos o podem prescrever, tal como não têm o direito de exigir  
que outros façam aquilo que não querem fazer*

**(Rousseau, 2010:113)**

### **Capítulo 3 - Formulação do Problema de Investigação**

Depois de se abordar o enquadramento teórico desenvolvido nos capítulos anteriores, surgem algumas dúvidas que merecem ser esclarecidas e críticas que têm que ser expostas. É de salientar que as baixas médicas com internamento não foram abordadas visto que quem usa de baixas médicas “fraudulentas”, ou seja, com o intuito de não laborar, podendo aproveitar para tratar de outros assuntos, não o poderia fazer se estivesse internado.

O elemento policial “tem que ter algum sentido de responsabilidade e tem que ter consciência que quando usufrui de uma baixa que não é necessária, está a prejudicar a comunidade, visto que, fica afastado do serviço, prejudicando os colegas pois estes vão ter que o substituir nos horários nos quais não estavam escalados, prejudica o serviço porque a PSP presta um serviço de menor qualidade e prejudica a comunidade porque é menos um polícia na rua para cuidar da segurança de todos nós”<sup>89</sup> segundo Poças Correia. De acordo com o mesmo, “o facto dos elementos policiais estarem a prever uma reforma nuns determinados moldes e com o novo estatuto as coisas virem-se a alterar, serviu para aumentar para um maior desagrado por parte dos elementos policiais em relação à sua instituição e um possível aumento das baixas”<sup>90</sup>. Ou seja, quando um elemento policial não está contente com a sua situação laboral, ou que se sente injustiçado, o mesmo poderá recorrer ao uso de baixas médicas<sup>91</sup> como forma de protesto, para mostrar o seu desagrado para com a instituição<sup>92</sup>, sendo essa uma das possíveis causas do uso de baixas “fraudulentas”.

---

<sup>89</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>90</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>91</sup> No caso destas baixas médicas, as mesmas são consideradas como sendo “fraudulentas”, visto que não há razões clínicas para se obter essa baixa.

<sup>92</sup> De acordo com Correia (vide anexo C, entrevista I), as baixas “fraudulentas” surgem “com o facto de os elementos estarem descontentes com a instituição PSP”.

Analisando as ideias de Mallada, constata-se que o mesmo defendia que “tudo o que propicie uma atitude adequada (integração, satisfação, motivação, representatividade, etc.) resulta numa diminuição do absentismo, e tudo o que deteriore esta atitude redundará num aumento do absentismo (falta de promoção, tarefas monótonas, etc.)” (Mallada, 1996:27). Desta forma, os comportamentos absenteístas podem ser reflectidos no uso de baixas “fraudulentas”. Para Correia, há elementos policiais que estando na situação acima descrita, “simplesmente mentalizam-se que não querem trabalhar mais e a partir daí entram sistematicamente em situações de baixa”<sup>93</sup>, e afirma também que “estas baixas ocorrem por as pessoas não estarem satisfeitas com a instituição, mas isso não justifica tal comportamento, pois muitos de nós andam insatisfeitos com algumas situações, inclusive no desconto da remuneração, e não é por isso que os elementos policiais usufruem dessas baixas”<sup>94</sup>. O facto de Portugal estar a atravessar uma crise económica, obrigando os trabalhadores, nomeadamente os funcionários públicos (elementos da PSP), a serem alvo de descontos cada vez maiores, poderá contribuir para um aumento de desmotivação para os elementos policiais e consequentemente uma menor vontade para prestar o serviço, socorrendo-se assim de baixas “fraudulentas”.

De acordo com Correia, já chegou ao departamento SADPSP, “situações de baixas médicas que foram dadas com efeitos retroactivos, que são baixas dadas hoje com efeitos de 30 dias para trás e de 60 dias para trás”<sup>95</sup>. Neste caso, o médico previu que o seu paciente já se encontrava doente há algum tempo, justificando-lhe as faltas por ele já cometidas. No entanto, um funcionário estando doente, deve recorrer ao médico o mais depressa possível para que este lhe passe o CIT, declarando nesse documento o tempo previsto da duração da doença. Este caso de baixas médicas com efeitos retroactivos é um pouco dúbio, visto passarem-se 30 dias sem que o doente fosse ao médico.

Outro assunto que é importante abordar é a inexistência de enfermarias que estejam funcionais. Segundo Correia, “antigamente tinha-se enfermarias onde se internavam os elementos que adoeciam, mas agora esta situação é inexistente porque não há recursos, nem materiais nem humanos, para manter uma enfermaria aberta 24 horas por dia”<sup>96</sup>. As enfermarias que a PSP já possuiu, e que estão previstas no Regulamento do Serviço de Saúde na Polícia de Segurança Pública, regulado pela Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de

---

<sup>93</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>94</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>95</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>96</sup> Vide anexo C, entrevista I.

1960, não se encontram em funcionamento. Estas enfermarias se funcionassem também poderiam combater o número de baixas “fraudulentas” visto que os elementos policiais que usufruíssem de baixa médica seriam baixados à enfermaria, não estando os doentes tão cómodos como estariam nas suas residências, facto esse que poderia incentivar a desistência em relação ao uso de baixas “fraudulentas”. Um problema que aqui se coloca seria a legitimidade de baixar alguém para a enfermaria, pois como diz Correia, “qual a legitimidade que há em internar compulsivamente um elemento policial na enfermaria?”<sup>97</sup>. Esse elemento poderia dizer para lhe retirarem a remuneração mas que preferia ficar na sua residência, nesse caso será que o mesmo ainda seria obrigado a permanecer na enfermaria? Essa é uma pergunta para a qual não se consegue encontrar uma resposta clara e unânime.

Em conversa informal com o Chefe Varelas, Chefe do Núcleo de Saúde do COMETLIS, o mesmo explicou que haviam poucas inspecções domiciliárias, devido à falta de elementos médicos, tendo nesta altura cerca de seis médicos a trabalhar no Comando, havendo falta de meios, quer de médicos, quer de recursos para transportar os médicos aos domicílios dos doentes. Segundo Varelas, a inspecção domiciliária só é efectuada quando hajam “fundadas” suspeitas sobre a autenticidade da doença do elemento policial que está a usufruir da baixa.

Os funcionários públicos que estão abrangidos “pela Segurança Social sofrem descontos na remuneração, mas nós, elementos da PSP, estamos abrangidos pela Caixa Geral de Aposentações, só sofremos descontos nos suplementos e subsídios”<sup>98</sup>, conforme explica Correia. O mesmo também explica que, se o elemento policial “só trabalhar três dias num mês, só recebe os suplementos daqueles três dias, assim como o subsídio da refeição, no entanto recebe sempre a sua remuneração base por inteiro”. Quer isto dizer que, aos elementos policiais não se aplica a recepção pecuniária do subsídio de doença, ao contrário dos restantes funcionários públicos. No entanto, se esta medida fosse aplicada<sup>99</sup>, o elemento policial iria sentir o corte remuneratório, e talvez dessa forma esse elemento fizesse os possíveis para não faltar ao serviço, ou talvez usasse um número menor de dias de baixa<sup>100</sup>.

<sup>97</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>98</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>99</sup> No caso dos elementos policiais que metem baixas “fraudulentas”. No entanto esta medida iria prejudicar quem realmente está doente.

<sup>100</sup> No entanto, nos casos em que o elemento policial mete baixa para não laborar um dia em específico, esta medida poderia não ser eficaz, visto que o corte remuneratório não seria muito significativo. Vide anexo D, tabela I.

O problema das baixas “fraudulentas” poderá persistir se “os médicos não forem sensibilizados pela Ordem dos Médicos de que devem limitar ao máximo o número de baixas médicas e de que devem tentar sustentar as suas decisões com base em exames complementares de diagnóstico” e “enquanto as doenças não forem efectivamente comprovados por esses exames, andamos sempre nesta situação, em que há médicos que dão baixas consoante o número de dias que lhes é pedido pelo doente, e outros médicos que são mais rigorosos e que limitam mais o número de dias de baixa”<sup>101</sup>, conforme diz o Correia. Em relação à solução, segundo explana José Gonçalves, esta poderá passar pela “aplicação de medidas de sensibilização junto da saúde, no sentido da prevenção, como é óbvio sem colocar em causa a condição clínica de cada indivíduo”<sup>102</sup>.

Estas baixas “fraudulentas” aparecem porque “há elementos policiais que à mínima contrariedade, quer em termos de serviço, ou porque há uma incompatibilidade com o chefe, ou com o comandante da Esquadra ou porque não concorda com a escala, vão a correr para o médico para obter uma baixa”<sup>103</sup>, conforme sustenta Correia. No entanto, segundo o mesmo, se o médico souber o que se passou, “poderá estar mais sensibilizado para restringir o número de baixas, ou até mesmo negar a baixa médica”<sup>104</sup>. Ou seja, se houvesse uma maior difusão de informação sobre o que se passa com os elementos policiais da Esquadra, o médico do posto clínico poderia estar mais atento para possíveis baixas “fraudulentas”. O problema é que esta medida só surtiria efeito nos casos em que o médico em causa está no posto clínico da PSP, onde o mesmo poderia ser informado do sucedido. Nesses casos, o médico poderia passar a baixa mas só até perfazer os dias necessários até receber os exames clínicos que comprovassem o estado clínico do seu paciente. Perante estas situações, há uma inevitabilidade, que é o caso de o elemento policial recorrer a um médico particular, fora da PSP, nesse caso não há forma de notificar o médico do que se passou com aquele elemento. O problema aqui colocado está relacionado com as situações em que os elementos policiais ameaçam meter baixa por estarem descontentes com o Comandante, ou com as escalas, ou com outra situação até. Nesses casos, a que ponto não se poderá afirmar que essa baixa médica será “fraudulenta”?

Para Gonçalves, uma outra possível solução poderá ser a de dar “continuidade às medidas já existentes reforçando a intensificação da fiscalização e do recurso à verificação

---

<sup>101</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>102</sup> Vide anexo C, entrevista II.

<sup>103</sup> Vide anexo C, entrevista I.

<sup>104</sup> Vide anexo C, entrevista I.

pelas nossas juntas médicas, diminuindo a distância entre as convocatórias das baixas de longa duração (mais de 30 dias) de 30 para 20 dias”<sup>105</sup>. A resolução deste problema também deverá passar por uma sensibilização por parte da Ordem dos Médicos para com os seus funcionários, para que os mesmos tenham em atenção ao rigor de número de dias de baixa que declaram no CIT do doente. Segundo Gonçalves, “é importante que exista um trabalho em conjunto por parte dos serviços envolvidos nomeadamente a ACT, apostando-se na prevenção e não na reparação”<sup>106</sup>, tentando-se assim combater estas baixas, e poderá ser muito vantajoso “alertar os contribuintes e beneficiários da Segurança Social para a repercussão que o pagamento de prestações de doença por “baixas fraudulentas” pode ter na manutenção não só das prestações sociais, como da subsistência do próprio Sistema Previdencial”<sup>107</sup>. O pensamento que todos os elementos policiais devem ter quando vão ao médico, deverá ser o mesmo que expõe Correia: “quando vou ao médico só lá vou para que ele me cure, para que me receite a medicação para melhorar e não vou lá para pedir baixa”<sup>108</sup>. Não há nenhuma lei, nenhum diploma legal, que aborde concretamente as baixas médicas “fraudulentas”.

Analisando os factos já descritos, pode-se afirmar que, “as baixas fraudulentas até prova ao contrário não existem, são apenas origem de especulação, só poderão ser consideradas fraudulentas depois de serem comprovadas, (...) se houvesse baixas fraudulentas elas seriam sancionadas pela Ordem dos Médicos, e até agora que eu saiba, (...) não tenho conhecimento de nenhuma baixa que tenha sido comprovada como fraudulenta”<sup>109</sup>, conforme defende Correia. Para combater a situação das baixas médicas “fraudulentas”, José Silva, o novo Bastonário da Ordem dos Médicos, na sua campanha de eleição, alertou os médicos para um maior rigor e cuidado na cedência de dias de baixa<sup>110</sup>.

Os elementos policiais cada vez estão mais conscientes dos seus direitos, dispõem de melhor informação, de vários sindicatos da PSP, beneficiam de um regime de protecção social, isto tudo são ferramentas de autodefesa que salvaguardam os elementos policiais. No entanto, há elementos que usam todos estes mecanismos para conseguirem laborar o menos possível sem saírem prejudicados a nível remuneratório.

---

<sup>105</sup> Vide anexo C, entrevista II.

<sup>106</sup> Vide em anexo C, entrevista II.

<sup>107</sup> Vide em anexo C, entrevista II.

<sup>108</sup> Vide anexo C, entrevista II.

<sup>109</sup> Vide anexo C, entrevista II. No entanto, conforme o exposto no anexo E, site IV, não haverão fundadas suspeitas para se admitir que as baixas médicas obtidas seriam “fraudulentas”?

<sup>110</sup> Vide anexo E, site V.



Em jeito de conclusão deste capítulo, pode-se dizer que com o mesmo pretende-se expor os problemas que advêm do uso das baixas “fraudulentas”, tentando recolher informação que permita compreender este fenómeno, descobrindo quais as razões que levam aos elementos policiais a usufruir destas baixas, ou seja, descobrir a sua origem, as suas causas, os motivos pelos quais se gozam estas baixas, para que se possa ajuizar uma possível resolução para combater as mesmas.

*“É inteiramente legítimo que cada pessoa procure o que julga necessário para satisfazer as suas necessidades, mas ninguém tem o direito de o fazer à custa de outrem”*

**(Silva, 2001:101)**

## **Capítulo 4 - Método**

Tendo em conta o objecto de estudo e mostrado os problemas derivados do uso das baixas “fraudulentas”, impôs-se como necessidade ir ao cerne do problema, para se conseguir encontrar uma forma eficaz de combate ao mesmo. É objectivo deste estudo, averiguar se a relação entre o Comandante de Esquadra e os elementos do grupo onde se insere o agente faltoso<sup>111</sup>, têm influência no comportamento do mesmo, sendo um motivo plausível para o uso das baixas “fraudulentas”. Outro objectivo fundamental para este trabalho é a averiguação das diferenças entre uma Esquadra onde os elementos gozam de um número de certa forma elevado de baixas médicas, “fraudulentas” ou não, quando comparado com as restantes Esquadras, com os elementos de outra Esquadra que não tenham por hábito gozar de baixas médicas, tendo um número bastante reduzido no que diz respeito ao uso de baixas médicas a nível, quando comparado com as restantes Esquadras. Se as diferenças encontradas nessas duas Esquadras forem acentuadas, as mesmas poderão indiciar uma possível causa para a prática do uso de baixas “fraudulentas”. Desta forma, conhecendo algumas das razões que cultivam este fenómeno, tentar-se-á arranjar possíveis resoluções para combater o mesmo. Com isto, foram elaboradas várias hipóteses com o intuito de explicar a origem do fenómeno já abordado.

1ª Hipótese: O uso de baixas “fraudulentas”, deve-se ao facto de os agentes que as usufruem estarem desmotivados com o serviço;

2ª Hipótese: Estas baixas poderão ser causadas pelo tipo de relação que os elementos policiais possuem com os restantes elementos da Esquadra;

3ª Hipótese: Quem usufrui de baixas “fraudulentas” poderá apresentar outros comportamentos desviantes;

4ª Hipótese: Quem goza destas baixas, por norma tem uma idade elevada, estando o elemento policial quase a atingir os pressupostos necessários para ir para a pré-reforma<sup>112</sup>.

---

<sup>111</sup> Neste caso o agente faltoso é considerado como sendo o elemento que goza de uma baixa “fraudulenta”.

<sup>112</sup> Cfr. artigo 82.º, n.º 1, alínea a), b) e c), do Decreto-Lei n.º 299/2009, de 14 de Outubro.

## **1. Caracterização da Área de Estudo**

A PSP compreende a Direcção Nacional, as unidades de polícia e os estabelecimentos de ensino policial, conforme o disposto pelo artigo 17.º, da Lei n.º 53/2007, de 31 de Agosto. Nas unidades de polícia, inserem-se a Unidade Especial de Polícia e os comandos territoriais de polícia. Esses comandos estão subdivididos em comandos regionais de polícia, comandos metropolitanos de polícia (no caso de Lisboa e Porto)<sup>113</sup> e comandos distritais de polícia, de acordo com o artigo 19.º, da lei já mencionada. Os comandos territoriais de polícia (onde se inserem os comandos distritais e os metropolitanos), contêm duas subunidades, as Divisões policiais e as Esquadras policiais, segundo o artigo 38.º, n.º 1, da mesma lei, sendo que, as Esquadras estão inseridas e regidas pelas Divisões. Essas Divisões policiais têm a sua área de actuação delimitada em Concelhos. As mesmas são constituídas por Esquadras policiais, espalhadas por várias localidades do Concelho a que estão regidas. Há dois tipos de Divisões policiais, as destacadas (fora do Concelho de Lisboa) e as concentradas (pertencentes ao Concelho de Lisboa). Há certas Divisões policiais, onde os elementos policiais têm um maior número de baixas médicas gozadas do que em outras Divisões. Uma possível explicação para esta situação, poderá estar relacionada com o facto de haver Divisões cujas áreas de actuação contêm ou mais bairros sociais problemáticos ou muito pouco efectivo distribuído pela área dessa Divisão, ou, outra explicação também poderá ser o facto dessas áreas de actuação incidirem sobre policiamentos desportivos. Nestes casos os elementos policiais poderão sentir-se muito pressionados pela quantidade de trabalho e de operações policiais que têm que realizar no seu turno.

Para este trabalho, incidiu-se sobre duas Divisões policiais, a 3ª Divisão do COMETLIS, cujos dados obtidos por parte do Núcleo de Saúde do Cometlis revelaram que esta era a Divisão com mais baixas médicas dadas por parte dos elementos policiais, e sobre a Divisão de Loures, que segundo esse Núcleo de Saúde, era a Divisão que continha menos baixas médicas usadas por parte dos elementos policiais. A área de actuação da 3ª Divisão possui uma abrangência enorme de bairros sociais, que muitos deles, devido à sua elevada densidade populacional, são considerados como bastantes problemáticos para a

---

<sup>113</sup> Comando Metropolitano de Lisboa – COMETLIS; Comando Metropolitano do Porto - COMETPOR

actuação da Polícia<sup>114</sup>, sendo que, é também a responsável pelos policiamentos desportivos realizados no Estádio de Alvalade e no Estádio da Luz.

A área de actuação da Divisão de Loures também é considerada como uma das maiores do Cometlis, contendo cerca de 6 bairros sociais considerados problemáticos<sup>115</sup>, mais os inúmeros policiamentos desportivos efectuados nos pavilhões gimnodesportivos espalhados pela sua área.

## 2. Participantes

O estudo contou com uma amostra correspondente a 68 elementos policiais. Desse número, 41,2% (n=28) são elementos da 44ª Esquadra (3ª Divisão) e 58,8% (n=40) são elementos da 71ª Esquadra (Divisão de Loures). Todos os elementos intervenientes neste estudo são elementos operacionais (Agentes e Chefes), estando os Agentes incutidos de efectivarem patrulhamentos na área da sua Esquadra e, no caso dos Chefes, responsáveis pela organização, coordenação e disposição dos seus elementos na rua (Agentes).

No que concerne à caracterização da amostra correspondente à 44ª Esquadra (n=28), é de salientar que 10,71% (n=3) têm menos de 25 anos, 60,71% (n=17) têm entre 26 e 32 anos, 17,86% (n=5) têm entre 33 e 44 anos, sendo que os restantes elementos, 10,71% (n=3), têm mais de 44 anos<sup>116</sup>. Em relação às habilitações literárias dessa mesma amostra, é de realçar que somente 3,57% (n=1) têm entre o 4.º ano e o 6.º ano de escolaridade, outros 3,57% (n=1) têm entre o 7.º ano e o 9.º ano de escolaridade, a maior parcela é constituída por 82,14% (n=23) que diz respeito aos elementos que têm entre o 10.º ano e o 12.º ano de escolaridade, tendo os restantes 10,71% (n=3) um curso superior<sup>117</sup>. No que respeita à caracterização da amostra da 71ª Esquadra (n=40), é de focar que há 7,5% (n=3) de elementos policiais que têm menos de 25 anos, 65% (n=26) que têm entre 26 e 32 anos, 20% (n=8) que têm entre 33 e 44 anos, estando os restantes elementos representados por 10,71% (n=3) dos elementos com mais de 44 anos<sup>118</sup>. Em relação às habilitações literárias da amostra dos elementos da 71ª, é de focar que ninguém tem somente entre o 4.º ano e o 6.º ano de escolaridade, que 7,5 % (n=3) têm entre o 7.º ano e o 9.º ano de escolaridade, 82,50% (n=33) dos elementos policiais têm entre o 10.º ano e o

<sup>114</sup> Nomeadamente: Ameixoeira, Alta de Lisboa Centro, Alta de Lisboa Sul, Rego, Furnas, Horta Nova, Boavista e Padre Cruz.

<sup>115</sup> Como é o caso da Quinta do Mocho, Bairro da Torre, Quinta da Fonte, Bairro Vale do Forno, Bairro da Urmeira e Serra da Luz.

<sup>116</sup> Cfr. anexo G, tabela I.

<sup>117</sup> Cfr. anexo G, tabela I.

<sup>118</sup> Cfr. anexo G, tabela II.

12.º ano de escolaridade, e os restantes, com um curso superior, estão representados em 10% (n=4)<sup>119</sup>.

### 3. *Corpus e instrumentos*

O *corpus* objecto da análise é constituído pelos 68 inquéritos realizados pelos elementos da 3ª Divisão e da Divisão de Loures. O instrumento usado para a obtenção de recolha de dados consistiu numa técnica de observação indirecta, sendo essa, o inquérito por questionário<sup>120</sup>. Para a ajuda da percepção do fenómeno das baixas médicas “fraudulentas” também foram realizadas entrevistas, com o intuito de se recolherem informações úteis para possíveis resoluções deste problema, assim como para a obtenção de esclarecimentos de dúvidas que versavam esta matéria.

### 4. Procedimentos

Para se averiguar quais as Esquadras sujeitas à aplicação dos inquéritos já mencionados, foram recolhidas informações numa base de dados pertencente à PSP<sup>121</sup>, com o intuito de descobrir quais as Esquadras com mais/menos baixas médicas, que estão integradas nas Divisões com mais/menos baixas médicas. Infelizmente na base de dados já mencionada não é possível obter os dados concretos do número das baixas médicas de cada Divisão. Tendo isso em conta, optou-se por averiguar o que era possível, ou seja, incidiu-se sobre os dados de cada Divisão respeitantes a situações delicadas/problemáticas, sendo elas: as licenças (explícitas no artigo 73.º do Decreto-Lei n.º 117/99, de 11 de Agosto), as faltas ao serviço (previstas no artigo 21.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março), o desarmamento (previsto no artigo 74.º, n.º 1, al. a), do Decreto-Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro) e o respectivo rearmamento. Estes dados não se encontravam discriminados, no entanto a 3ª Divisão foi a que obteve um rácio maior em relação ao número destas situações delicadas com o número de agentes<sup>122</sup>. A Divisão com menor rácio apesar de ter sido a Divisão Policial de Vila Franca de Xira, optou-se por aplicar os inquéritos à Divisão de Loures por duas razões. A primeira prende-se com o facto de ter uma área com Zonas Urbanas Sensíveis, assim como a 3ª Divisão, contendo as duas Divisões com uma área bastante grande, e a segunda razão deve-se ao facto de a área de

<sup>119</sup> Cfr. anexo G, tabela II.

<sup>120</sup> Cfr. anexo F.

<sup>121</sup> A base de dados usada foi a AS400, criada em 2002 e que contém os dados e a estatística no que concerne à matéria da área de saúde, sobre todos os elementos policiais do COMETLIS.

<sup>122</sup> Ver anexo D, tabela III.

actuação, assim como o número de elementos policiais distribuídos nessa Divisão, estarem mais próximos à realidade vivida pela 3ª Divisão.

Depois de se conhecerem as Divisões que iriam ser estudadas para este trabalho, foi necessário descobrir quais as Esquadras pertencentes às mesmas, fazendo elas parte do objecto de estudo. As Esquadras que foram escolhidas para o estudo desta dissertação foram: a 44ª Esquadra da 3ª Divisão, pois era a Esquadra que possuía maior número de baixas médicas no final do ano 2010 em relação ao número de elementos policiais adstritos a esta<sup>123</sup>, e a 71ª Esquadra da Divisão de Loures, que possuía o menor número de baixas médicas<sup>124</sup> em relação ao seu número de elementos, também no final de 2010.

## **5. Apresentação, análise e discussão dos resultados**

Após a recolha dos inquéritos já preenchidos pelos elementos policiais de ambas as Esquadras, foi necessária a sua análise, para se afirmar ou até contrariar se for o caso, das hipóteses já expostas. Para esta análise foi usado o programa informático SPSS, que através da elaboração de tabelas, consegue-se uma melhor percepção da realidade vivida das duas Esquadras em causa.

### **5.1. Análise geral dos inquéritos aplicados à 44ª Esquadra**

Com a aplicação dos inquéritos na amostra já anteriormente abordada da 44ª Esquadra (n=28), constatou-se que 89,3% desses elementos já usufruiu de baixa médica, tendo os restantes 10,7% nunca terem usufruído de nenhuma baixa médica<sup>125</sup>. Desses 89,3% (n=25) que já meteram baixa, 8% responderam que o número máximo de dias de baixa médica que já obtiveram foi entre 1 a 2 dias. Entre 3 a 6 dias, 20% dos elementos policiais responderam positivamente. Ainda em relação ao número máximo de dias de baixa, 28% afirma que o máximo que já obtiveram foi entre 7 e 12 dias, 16% diz que esse máximo está compreendido entre 21 a 30 dias, e os restantes elementos, 28%, afirmaram que o máximo de dias de baixa por eles já gozados, já ultrapassou os 30 dias<sup>126</sup>.

No que diz respeito ao número de vezes a que os 89,3% dos elementos que já meteram baixa médica, já o fizeram na 44ª Esquadra, 52% declaram que já o fizeram pelo menos 1 vez, 12% diz que já meteu pelo menos 2 vezes baixa, 20% afirma já ter usufruído

---

<sup>123</sup> Ver anexo D, tabela IV.

<sup>124</sup> Ver anexo D, tabela V.

<sup>125</sup> Vide anexo G, tabela III.

<sup>126</sup> É de realçar que o espaço temporal do máximo de dias de baixa médica compreendido entre 13 a 20 dias não obteve nenhuma cotação, tendo uma percentagem de 0%. Vide anexo G, tabela IV.

de baixa médica pelo menos 3 vezes desde que está colocado na 44ª Esquadra, 8% expuseram que já meteram baixa pelo menos 4 vezes, 4% dos elementos já meteram baixa médica mais do que 4 vezes, tendo os restantes 4% declarado nunca terem usufruído de baixas médicas desde a sua colocação naquela Esquadra<sup>127</sup>. Dos 89,3% elementos que já meteram baixa médica, 16% dizem que a entidade a que costumam recorrer para obter essa mesma baixa é o Centro de Saúde, outros 16% afirmam serem os Hospitais públicos, somente 4% costuma recorrer aos Hospitais privados, 20% desses elementos tem por hábito recorrer a médicos particulares, 8% recorrem a outros serviços<sup>128</sup>, tendo a maior percentagem, com 36%, exposto que, por norma recorrem ao médico do posto clínico da PSP<sup>129</sup>.

Analisando a relação inter-grupal dos elementos pertencentes à amostra desta Esquadra (n=28), constata-se que 35,7% afirma ter uma relação ótima com o seu grupo, 42,9% declaram que a sua relação com o seu grupo é boa, 14,3% dizem ter uma relação razoável, e 7,1% expõem ter uma relação péssima com os restantes elementos do grupo em que está inserido<sup>130</sup>. Continuando a análise das relações inter-grupais, 17,9% dos elementos dizem ter uma relação ótima com o Comandante de Esquadra, 57,1% declaram ter uma boa relação com o CE, sendo que os restantes 25% afirmam ter uma relação razoável com o CE<sup>131</sup>. À semelhança destas relações, interessou também saber qual a opinião dos elementos sobre os restantes elementos da sua Esquadra. Neste caso, descobriu-se que 10,7% tem uma relação ótima com os restantes elementos, 71,4% tem uma relação boa, e os restantes 17,9% têm uma relação razoável com os elementos da sua Esquadra<sup>132</sup>.

Analisando o grau de satisfação da relação com o grupo em que os agentes estão inseridos, 28,6% dizem estarem muito satisfeitos com a relação que têm com o seu grupo, 50% afirma estar satisfeito, 7,1% diz estar indiferente, outros 7,1% declaram estarem pouco satisfeitos, e os restantes 7,1% consideram-se estarem muito insatisfeitos com a relação que têm com o seu grupo<sup>133</sup>. Em relação à classificação da relação que têm com o CE, 35,7% afirmam estarem muito satisfeitos com a relação que possuem com o CE,

---

<sup>127</sup> Vide anexo G, tabela V.

<sup>128</sup> Estes serviços são os que não estão discriminados no inquérito (Vide anexo F, grupo II, pergunta 4), mas que se encontram regulados pelo artigo 30.º, n.º 2 e n.º 3, do Decreto-Lei 181/2007, de 9 de Maio.

<sup>129</sup> Vide anexo G, tabela VI.

<sup>130</sup> Vide anexo G, tabela VII.

<sup>131</sup> Vide anexo G, tabela VIII.

<sup>132</sup> Vide anexo G, tabela IX.

<sup>133</sup> Vide anexo G, tabela X.

46,4% declaram estarem satisfeitos com a sua relação, 10,7% dizem estar indiferentes, e os restantes 7,1% confessam que estão insatisfeitos com essa relação<sup>134</sup>.

Passando à questão que versa sobre a classificação do grau de satisfação em relação à Esquadra onde o elemento policial está colocado, 7,1% considera estar muito satisfeito com a sua Esquadra, 82,1% diz estar satisfeito com a sua Esquadra, 3,6% está indiferente por estar colocado na 44ª Esquadra, outros 3,6% estão pouco satisfeitos, e os restantes 3,6% consideram-se muito insatisfeitos com a sua Esquadra<sup>135</sup>. Quando questionados se alguma vez foram alvos de processo disciplinar, 28,6% respondeu positivamente, tendo os restantes 71,4% afirmado nunca terem sido sujeitos a processos disciplinares<sup>136</sup>. Dos 28,6% (n=8) que responderam positivamente, 12,5% diz ter sido alvo de processo disciplinar por questões de assiduidade, 25% afirma ter sido constituído arguido em processo disciplinar devido a uma reclamação, tendo os restantes 62,5% declarado terem sido sujeitos a processo disciplinar devido a outras razões<sup>137</sup>.

Em relação à abordagem da questão que versa sobre situações de desmotivação, 39,3% dos elementos policiais afirma já ter ponderado a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por desmotivação, sendo que os restantes 60,7% negaram tal facto<sup>138</sup>. Na questão sobre o descontentamento do elemento policial perante a recusa do CE de um excesso<sup>139</sup>, ou férias, ou licenças, 78,6% afirma já ter ficado desagradado por tal recusa, enquanto que 21,4% declara nunca ter tido esse problema, ou pelo menos não ficou afectado por tal situação<sup>140</sup>.

Uma das perguntas mais importantes aplicadas no inquérito em questão, versava sobre o uso de baixas “fraudulentas”, ao que 14,3% (n=4) respondeu já ter recorrido aos serviços de saúde para usufruir de uma justificação médica de forma indevida, tendo os restantes 85,7% (n=24) negado ter usufruído de tal situação<sup>141</sup>. Os elementos policiais quando questionados sobre se os mesmos acreditavam na possibilidade de haver baixas médicas que derivavam somente do descontentamento profissional (baixas médicas “fraudulentas”), 57,1% (n=16) afirmam acreditar em tal situação, 14,3% (n=4) negam a

---

<sup>134</sup> Vide anexo G, tabela XI.

<sup>135</sup> Vide anexo G, tabela XII.

<sup>136</sup> Vide anexo G, tabela XIII.

<sup>137</sup> Como “outras razões” considera-se as que estão reguladas pela Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro, mas que não estão discriminadas no grupo V, pergunta 2, do inquérito. Vide anexo G, tabela XIV.

<sup>138</sup> Vide anexo G, tabela XV.

<sup>139</sup> Por excesso entende-se dar uma folga diária ao elemento policial para compensar o bom serviço do mesmo.

<sup>140</sup> Vide anexo G, tabela XVI.

<sup>141</sup> Vide anexo G, tabela XVII.



possibilidade de existir tal situação, e 28,6% (n=8) acredita que é possível que haja tal situação<sup>142</sup>. Destes dados pode-se concluir que 85,7% (n=24) acredita que as baixas “fraudulentas” existem de facto. Em relação ao combate a esse tipo de baixas médicas, 8,3% (n=2) acredita que a melhor forma para evitar tal situação seria a aplicação de cortes remuneratórios mais acentuados, 16,7% (n=4) afirma que a melhor solução passaria pela sensibilização da infracção cometida pelos elementos policiais, 37,5% (n=9) diz que não sabe qual a melhor solução, e os outros 37,5% (n=9) declaram que a melhor forma para combater tal situação seria uma outra que não consta no inquérito<sup>143</sup>. Este inquérito terminou com a pergunta que versava sobre a opinião dos elementos policiais (dos 85,7% que acreditam na possibilidade de uso de baixas “fraudulentas”) em relação ao uso dessas mesmas baixas, ao que 25% (n=6) respondeu que discordava totalmente com a utilização de tais baixas, 16,7% (n=4) afirmou discordar com a mesma situação, 29,2% (n=7) não concorda nem discorda, 20,8% (n=5) concorda com o uso dessas baixas, e 8,3% (n=2) concorda totalmente com o uso das mesmas<sup>144</sup>.

## 5.2. Análise geral dos inquéritos aplicados à 71ª Esquadra

Em relação à análise dos inquéritos aplicados à amostra dos elementos da 71ª Esquadra (n=40), pode-se observar que dessa amostra, 57,5% dos elementos em causa já meteram baixa médica, sendo que os restantes 42,5%, nunca usufruíram dessas baixas médicas<sup>145</sup>. Dos 57,5% (n=23) elementos que referiram já ter gozado de baixa médica, 13% disseram que o número máximo consecutivo de dias de baixa a que tiveram direito está compreendido entre 1 a 2 dias, 26,1% refere que esse número está compreendido entre 3 a 6 dias, outros 26,1% referiram que o máximo foi entre 7 a 12 dias. Somente 4,3% é que já obtiveram um número máximo de dias de baixa compreendido entre 13 a 20 dias, outros 13% revelaram que esse máximo está balizado entre os 21 e 30 dias, sendo que os restantes 17,4% já gozaram mais de 30 dias consecutivos de baixa médica<sup>146</sup>. Ainda em relação aos 57,5% dos elementos que já meteram baixa, 34,8% afirma ter metido baixa médica pelo menos uma vez, desde a sua colocação naquela Esquadra. Com a mesma percentagem (34,8%) encontram-se também os elementos que já meteram baixa médica pelo menos 2 vezes. Com 4,3% estão os elementos que já meteram baixa pelo menos 3 vezes,

<sup>142</sup> Vide anexo G, tabela XVIII.

<sup>143</sup> Vide anexo G, tabela XIX.

<sup>144</sup> Vide anexo G, tabela XX.

<sup>145</sup> Vide anexo G, tabela I.

<sup>146</sup> Vide anexo G, tabela IV.

encontrando-se com a mesma percentagem os elementos que afirmam terem metido pelo menos 4 vezes, assim como nunca sequer terem metido baixa. Os restantes 17,4% dos elementos dizem que já meteram baixa médica mais do que 4 vezes, desde a sua colocação naquela Esquadra<sup>147</sup>. No que concerne às perguntas respeitantes aos elementos que já meteram baixa médica (57,5%), apenas 8,7% dos elementos da 71ª Esquadra costumam recorrer aos Centros de Saúde, com a mesma percentagem encontram-se os elementos que recorrem mais vezes aos Hospitais privados, assim como a médicos particulares. Nenhum elemento anunciou ter recorrido a outro serviço que não àqueles descritos no inquérito<sup>148</sup>, tendo 34,8% dos elementos respondido que por norma costumam socorrer-se dos médicos dos postos clínicos para serem diagnosticados<sup>149</sup>.

Após investigado o grupo III dos inquéritos respeitantes a esta amostra, denotou-se que 40% dos elementos têm uma relação óptima com o seu grupo, 42,5% dessa amostra tem uma relação boa e 17,5% tem uma relação razoável<sup>150</sup>. Analisando esta informação, pode-se deduzir que ninguém está desagradado com o grupo em que está inserido. No que diz respeito à relação com o CE, há 17,5% que afirma ter uma relação óptima com o mesmo, 72,5% anuncia ter uma relação considerada como boa, e os restantes elementos, 10%, dizem ter uma relação razoável<sup>151</sup>. Analisando agora a relação com os restantes elementos da Esquadra, chegou-se à conclusão que 12,5% dos elementos em causa têm uma relação óptima com o resto do efectivo da Esquadra, 70% tem uma relação boa com os mesmos, e 17,5% considera ter uma relação razoável com os elementos da Esquadra<sup>152</sup>.

Dos factos observados sobre a classificação de satisfação da relação com o grupo desses elementos, constou-se que 27,5% dos elementos está muito satisfeito com o grupo em que está inserido, 67,5% está satisfeito com o seu grupo, e os restantes 5% não estão nem satisfeitos nem descontentes com o seu grupo, estão indiferentes<sup>153</sup>. Ainda sobre o grau de satisfação sobre as relações, 10% declaram que estão muito satisfeitos com a relação que possuem com o seu CE, 82,5% dizem estarem satisfeitos com esse tipo de relação, e 7,5% admitem estarem indiferentes em relação ao tipo de relação que fruem com o CE<sup>154</sup>. Abordado a classificação do grau de satisfação em relação à Esquadra onde o

<sup>147</sup> Vide anexo G, tabela V.

<sup>148</sup> Vide anexo F, grupo II, pergunta 4.

<sup>149</sup> Vide anexo G, tabela VI.

<sup>150</sup> Vide anexo G, tabela VII.

<sup>151</sup> Vide anexo G, tabela VIII.

<sup>152</sup> Vide anexo G, tabela IX.

<sup>153</sup> Vide anexo G, tabela X.

<sup>154</sup> Vide anexo G, tabela XI.

elemento policial está integrado, obtiveram-se como resultados que, 15% dos elementos policiais está muito satisfeito com a sua Esquadra, 50% está satisfeito, 22,5% considera estar indiferente em relação à sua Esquadra, 10% afirma estar pouco satisfeito, e 2,5% declara estar muito insatisfeito com a sua Esquadra<sup>155</sup>.

No que concerne à atitude comportamental, os elementos policiais foram questionados se alguma vez já foram arguidos em processos disciplinares, ao que 17,5% respondeu positivamente, tendo os restantes 82,5% declarado que nunca foram constituídos arguidos em tais processos<sup>156</sup>. Dos 17,5% (n=7) que afirmam já ter sido alvo de processo disciplinar, 42,9% diz que a origem de tal processo deveu-se a acidente de viação (com carro policial), 14,3% declara que foi alvo de processo disciplinar por questões de atavio, e os restantes 42,9% esclarecem que foram sujeitos a processo disciplinar por outras razões<sup>157</sup>.

Na abordagem sobre situações de desmotivação, 20% responde que já ponderou a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por estar desmotivado, tendo os restantes 80% negado tal facto<sup>158</sup>. Quando questionados sobre situações de descontentamento, 55% afirmou já se ter sentido desagradado por lhe ter sido recusado algum tipo de compensação, como é o caso dos excessos, e os restantes 45% declaram nunca terem ficado desagradados por tal situação<sup>159</sup>.

Analisando as respostas dadas numa das perguntas fundamentais deste inquérito, constatou-se que somente 2,5% (n=1) já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma justificação médica de forma indevida (baixas médicas “fraudulentas”), tendo o resto dos elementos policiais, 97,5% (n=39), negado tal situação<sup>160</sup>. No que diz respeito à possibilidade de existirem baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (baixas “fraudulentas”), 42,5% (n=17) afirma acreditar em tal situação, 32,5% (n=13) não acreditam nessa possibilidade, e 25% (n=10) declara que é uma eventual possibilidade<sup>161</sup>. Em suma, 67,5% (n=27) afirma que é possível tal situação. Desses 67,5% (n=27), 7,4% (n=2) acredita que a melhor forma para combater esse tipo de baixas médicas seria a aplicação de cortes remuneratórios mais acentuados, 22,2% (n=6) diz que a hipótese de resolução de tal problema poderia passar pelo internamento em enfermarias da PSP,

<sup>155</sup> Vide anexo G, tabela XII.

<sup>156</sup> Vide anexo G, tabela XIII.

<sup>157</sup> Vide anexo G, tabela XIV.

<sup>158</sup> Vide anexo G, tabela XV.

<sup>159</sup> Vide anexo G, tabela XVI.

<sup>160</sup> Vide anexo G, tabela XVII.

<sup>161</sup> Vide anexo G, tabela XVIII.

11,1% (n=3) declara que a melhor forma de combate seria através da sensibilização para a infracção cometida, 40,7% (n=11) diz que a melhor forma de combate seria uma outra que não as já descritas, e os restantes 18,5% (n=5) não sabe qual a melhor forma de combate<sup>162</sup>.

Na última pergunta elaborada no presente inquérito, foi questionado aos elementos da 71ª Esquadra, qual a sua opinião sobre as baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (baixas “fraudulentas”). Esta pergunta só foi respondida pelos 67,5% (n=27) elementos que acreditam no uso de tais baixas. Desses elementos, 22,2% (n=6) discorda totalmente com o uso dessas baixas, 11,1% (n=3) só discorda em relação ao seu uso, 51,9% (n=14) nem concorda nem discorda com tal situação, 3,7% (n=1) concorda com o uso de baixas “fraudulentas”, e os restantes 11,1% (n=3) concorda totalmente com o uso dessas baixas<sup>163</sup>.

### **5.3. Síntese de resultados: Cruzamento dos dados/variáveis**

Depois da análise genérica dos inquéritos, surgiu a necessidade de se cruzarem os dados (perguntas e respostas) para se tentar obter respostas sobre as origens e as causas que cultivam a prática do uso de baixas “fraudulentas”, assim como tentar encontrar possíveis soluções para esse problema. Por essa razão, surge assim a necessidade de analisar mais profundamente, as respostas dados por quem admitiu já ter gozado de baixas médicas “fraudulentas”. Desses elementos policiais (n=5) que afirmaram tal facto (quatro elementos da 44ª Esquadra e o outro elemento pertencente à 71ª Esquadra), três deles têm idade compreendida entre os 26 e os 32, e outros dois têm entre os 33 e 44<sup>164</sup>. Neste caso, se houvesse um maior número da amostra (elementos que já usufruíram de baixas “fraudulentas”), com a idade compreendida nos valores já mencionados, poder-se-ia depreender que as baixas “fraudulentas” eram gozadas por elementos com idades em torno dos 30 anos. Outra informação que poderá ser útil é o facto de que dos 15 elementos que já foram alvo de processo disciplinar, 3 deles que admitiram já ter gozado de baixas “fraudulentas”, tendo estes justificado como causa de origem desse processo disciplinar, outras razões que não aquelas efectuadas no grupo V, pergunta 2, do referido inquérito<sup>165</sup>. Isto poderá indiciar que esses elementos policiais possuem outros comportamentos desviantes para além do uso destas baixas.

---

<sup>162</sup> Vide anexo G, tabela XIX.

<sup>163</sup> Vide anexo G, tabela XX.

<sup>164</sup> Vide anexo H, tabela I.

<sup>165</sup> Cfr. anexo H, tabela II.

Continuando a análise sobre os elementos que referiram já ter usufruído de baixas médicas “fraudulentas”, verifica-se que os 5 elementos que já gozaram desse tipo de baixa médica, responderam positivamente à pergunta sobre a origem de baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional<sup>166</sup>. Outro dado que corrobora essa aferição é o facto de que os mesmos 5 elementos também afirmaram já ter ficado desagradados por lhes ter sido recusado algum tipo de compensação, como uma folga ou um excesso<sup>167</sup>, e ainda, 3 desses elementos (pertencentes à 44ª Esquadra) afirmam já ter ponderado a hipótese de se ausentarem ou não comparecerem ao serviço por estarem desmotivados<sup>168</sup>. Nestes casos pode-se inferir que os elementos só obtêm este tipo de baixas médicas quando estão descontentes com a sua profissão, ou desmotivados, conforme revelam os dados descritos. Para tentar provar esse facto será necessário investigar o tipo de relação desses 5 elementos policiais com os restantes elementos da Esquadra onde estão inseridos. Ao se analisarem todas as tabelas balizadas entre a tabela VIII e a tabela XIII (inclusive) expostas no anexo H, constata-se que as relações que esses elementos possuem, tanto para com o grupo onde estão inseridos, como para o restante pessoal inserido naquela Esquadra, não é de todo uma má relação, pois os mesmos afirmam ou estarem muito satisfeitos ou satisfeitos ou indiferentes, contudo ninguém declara estar em conflito com os elementos da Esquadra. As únicas situações que fogem à normalidade são, a classificação que esses agentes deram em conformidade com a relação que possuem com o CE, e o grau de satisfação em relação à Esquadra onde estão colocados. Segundo os 5 elementos que já usufruíram de baixa médica “fraudulenta”, 3 estão somente satisfeitos com a relação que possuem com o seu CE, 1 elemento policial está indiferente, e o outro elemento está pouco satisfeito. É de realçar que os elementos que não se parecem dar bem com o CE, pertencem à 44ª Esquadra, marcada como sendo uma das Esquadras que mais baixas médicas possui. No entanto, o único destes 5 elementos que demonstra não gostar da Esquadra onde está inserido, pertence à 71ª

Outros dados pertinentes são as opiniões desses 5 elementos perante essas baixas “fraudulentas”. Analisando a última questão do questionário destes elementos, reparou-se que nenhum deles considera errado o que estão a fazer, havendo 2 elementos que concordam totalmente com estas baixas, outros 2 que só concordam, e o outro elemento

---

<sup>166</sup> Vide anexo H, tabela III.

<sup>167</sup> Vide anexo H, tabela IV.

<sup>168</sup> Vide anexo H, tabela V.

policial (pertencente à 71ª Esquadra) nem concorda nem discorda<sup>169</sup>. Em relação às opiniões sobre estas baixas interessa saber quais as soluções apresentadas por quem discorda do seu uso, visto que este problema afecta tanto a instituição, como os camaradas que vão ter que fazer o serviço de quem faltou. Assim, dos 51 elementos que têm conhecimento da existência das baixas “fraudulentas”, existem 12 que discordam totalmente, 7 que somente discordam, 21 que não discordam nem concordam, 6 elementos que concordam e 5 elementos que concordam totalmente com o seu uso. No entanto, quem concorda ou quem não concorda nem discorda, não deve querer combater as mesmas, então, interessa saber quem discorda. Dos 12 elementos policiais que discordam totalmente, 3 deles acham que a melhor solução para solucionar este problema seria a aplicação de cortes remuneratórios acentuados, somente 1 acha que a solução passaria pelo internamento nas enfermarias da PSP, 4 elementos acham que a melhor forma de solucionar este problema seria através da sensibilização para a infracção cometida, 3 elementos não sabem qual a solução e 1 elemento diz que a solução seria outra que não as apresentadas<sup>170</sup>. Dos 7 elementos que só discordam, 1 deles defende a aplicação de cortes remuneratórios, 2 elementos apoiam o internamento nas enfermarias, 1 outro elemento sustenta a sua ideia com base na sensibilização, 2 elementos dizem que a solução é outra, e o último elemento diz não saber.

---

<sup>169</sup> Vide anexo H, tabela VI.

<sup>170</sup> Vide anexo H, tabela VII.

*The higher we soar, the smaller we appear  
to those who cannot fly*  
(Nietzsche, 1903:386)

## Conclusões

O Estado de direito democrático, que possui normas e diplomas legislativos para reger a vida em sociedade, tem como um dos princípios fundamentais garantir a segurança e defender os direitos, liberdades e garantias de todos os seus cidadãos, tendo como um dos instrumentos para garantir esse fim, a Polícia. Por essa razão, está em causa a premência de se criar e gerir uma boa imagem institucional, mostrando que os polícias são indivíduos respeitadores da lei e da dignidade da pessoa humana. Em caso de doença, o doente tem todo o direito de ir ao médico, para que este lhe autentique uma declaração médica, justificando assim as faltas ao serviço, por um determinado período, dadas pelo doente. Isto acontece porque o médico tem os conhecimentos e as competências necessárias para saber o que se passa com o seu doente. No entanto, há situações em que o médico passa-lhe a declaração médica, sem o mesmo estar efectivamente doente. Esta situação é de grande alarmismo pois de certa forma o absentismo começa a predominar, e os cidadãos apercebem-se de que há formas de contornar o sistema, sem sofrerem nenhuma penalização. É fulcral combater esta situação porque com o uso destas baixas médicas, os horários têm que ser reajustados e o elemento doente (ausente) tem que ser substituído.

É importante realçar que, o rigor científico obriga a realizar conclusões com algumas precauções e com a prudência devida. Isto porque a dimensão da amostra (n=68), é bastante reduzida para o âmbito deste trabalho. Se possível, o ideal seria distribuir os inquéritos por todos os elementos policiais pertencentes à PSP, ou então por uma questão de exequibilidade, em vez de se aplicarem os inquéritos a somente duas Esquadras, utilizar uma amostra com 20 Esquadras como exemplo. No entanto, tal não foi possível por uma questão de tempo para a entrega, recolha e tratamento de dados, visto que o tratamento dos dados dos inquéritos foi realizado já perto do culminar do prazo.

Neste trabalho foi importante abordar a temática da cultura organizacional, não só para explicar parte da constituição e funcionamento do Estado, mas também para demonstrar que a influência da cultura organizacional, pode-se repercutir no uso de baixas

médicas “fraudulentas”, especialmente se não existir uma forte coesão entre os elementos das Esquadras<sup>171</sup>.

Com a aplicação dos inquéritos, conseguiu-se chegar a uma conclusão bastante simples. Os elementos policiais se não estiverem motivados mais facilmente poderão recorrer ao uso de baixas “fraudulentas”. Tal motivação poderá surgir com a aplicação de excessos, com uma conversa informal com o agente faltoso quando este aparenta estar mais em baixo a nível psicológico, ou até uma simples mudança de funções. Esta motivação está ligada, segundo a informação extraída com a análise dos inquéritos, ao tipo de liderança que os elementos estão sujeitos, ao estilo de amizade/relação que têm entre o CE e os restantes elementos da Esquadra, assim como o tipo de funções que estes estão a exercer.

Através do tratamento dos dados recolhidos, pode-se concluir que a 1ª hipótese está confirmada, havendo uma clara desmotivação por parte dos elementos policiais que usufruem de baixas médicas “fraudulentas”. Em relação à 2ª hipótese, a mesma não pode ser confirmada com certeza, mas os dados indicam para a sua veracidade. Da 3ª hipótese, pode-se concluir que, dos 5 elementos que confirmaram já ter usufruído de baixa(s) “fraudulenta(s)”, 3 desses elementos admitiram já terem sido alvos de processo disciplinar, ou seja, de 100% (n=5), 60% (n=3) já usufruiu de baixa “fraudulenta”. Estas percentagens seriam de elevada relevância para este trabalho, nomeadamente para a afirmação da 3ª hipótese, mas só se a amostra fosse maior. No que diz respeito à última hipótese, a mesma não se confirma, visto que quem usufruiu de baixa médica não possui os requisitos necessários para a pré-aposentação, como é o caso da idade, onde o elemento policial teria que ter pelo menos 55 anos.

Como meio mais eficiente para o combate destas baixas, e em conformidade com os dados dos inquéritos, é possível que a resolução deste problema passe pela implementação de enfermarias na PSP, reguladas pela Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960, assim como pela sensibilização para a infracção cometida, não só para os agentes que recorrem ao uso de baixas “fraudulentas” mas também à sensibilização por parte da Ordem dos Médicos, para que os seus funcionários tenham mais cuidado na possibilidade de certificarem declarações médicas “fraudulentas”, visto a obtenção do CIT estar vinculada a duas pessoas – o doente e o médico. O uso das enfermarias acarreta vários

---

<sup>171</sup> Um outro factor também importante de ser esmiuçado, recai no clima organizacional. Vide, Maciel Rocha, *A Importância do Clima Organizacional: O caso do Cometlis*, Dissertação Final do Curso de Formação de Oficiais de Polícia, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa, 2005, p. 22 a 35.



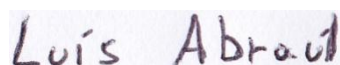
problemas, para além do facto de arranjar um sítio para as instalações e do efectivo para que esta esteja funcional 24 sobre 24 horas, advém o problema da legalidade de internar alguém compulsivamente, quando o mesmo se recusa a tal situação. Em relação a outra forma de combate a estas baixas, não seria totalmente íntegro acentuarem-se os cortes remuneratórios dos elementos policiais que usufruem de baixas médicas, pois também se estaria a prejudicar quem realmente está doente.

É chegado assim o *terminus* deste trabalho, no entanto não há conclusões que possam ser consideradas absolutas ou incontestáveis. Neste estudo procurou-se analisar um tema considerado inovador e pertinente, para além da sua promiscuidade, do qual se pretendeu obter resultados que sustentassem as hipóteses de estudo. Espera-se assim que alguém continue a estudar este fenómeno e que na sua pesquisa consiga arranjar soluções mais exequíveis e menos prejudiciais a quem realmente está doente e necessita de baixa médica.

*O tema da tese é um tema promíscuo porque não há soluções,  
e as que há não são exequíveis.*

(Correia, 2010, *in* anexo C, entrevista I)

Lisboa, 27 de Abril de 2011



---

Luís Filipe Antunes Dinis Abraúl

Aspirante a Oficial de Polícia, NM/152502

## Referências Bibliográficas

- Amaral, D. F. (1995). *Ciência Política* (Vol. I). Coimbra: Almedina.
- Amaral, D. F. (2010). *Curso de Direito Administrativo* (3ª ed., Vol. I). Lisboa: Almedina.
- Bilhim, J. (1996). *Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bragança, N. (2002). *Impacto do Contrato Formal Sobre o Contrato Psicológico: O Caso da Marinha Portuguesa*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Caetano, M. (1983). *Manual de Ciência Política e Direito Constitucional* (6ª ed., Vol. I). Coimbra: Almedina.
- Canotilho, J. J. (2000). *Direito Constitucional e Teoria da Constituição* (7ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Carvalho, M. P. (2010). *Manual de Ciência Política e Sistemas Políticos e Constitucionais* (3ª ed.). Lisboa: Quid Juris - Sociedade Editora, Lda.
- Castanheira, L., & Caetano, A. (1999). *Dimensões do Contrato Psicológico* (Vol. XIII). Lisboa: Psicologia.
- Chiavenato, I. (1983). *Introdução à Teoria Geral da Administração* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Correia, J. C. (2003). Estado, Sociedade Civil e Serviço Social. In *Intervenção Social* (Vol. 28, pp. 97-112). Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Descartes, R. (2004). *The Principles of Philosophy*. (J. Veitch, Trad.) Whitefish: Kessinger Publishing, LLC.
- Engels, F. (2004). *The Origin Of The Family, Private Property And The State*. Australia: Resistance Books.
- Espada, J. C. (1997). *Direitos Sociais da Cidadania*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Faria, M. (2001). *Direitos Fundamentais e Direitos do Homem* (3.ª ed., Vol. I). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.
- Fraga, A. (2005). *Comportamentos desviantes e o exercício da acção disciplinar: Apresentação de factores correctivos*. Lisboa: INA.
- Frayne, C. (1991). *Reducing employee absenteeism through self-management training: A research based analysis and guide*. New York: Quorum Books.
- Germano, M. d. (2001). *Ética Policial e Sociedade Democrática*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.

- Hera, C. M. (2002). *El Contrato Psicológico: El componente implícito de las relaciones laborales*. Málaga: Aljibe.
- Instituto da Segurança Social, I. (2009). *Guia Prático – Subsídio de Doença*. Lisboa: Gabinete de Comunicação.
- Lima, A. M. (2008). O polícia no antagonismo entre o cumprimento dos deveres e os princípios éticos e morais. In A. M. Lima, *Segurança Interna e Ética Policial*. Torres Novas: Escola Prática de Polícia.
- Mallada, F. (1996). *La Gestión do Absentismo Trabalhista*. Madrid: Montecorvo.
- Maximiano, A. C. (2004). *Introdução à Administração*. São Paulo: Atlas.
- Mendes, F. (2008). *Absentismo por Doença, Ano 2007*. PSP, Área de Administração e Apoio Geral, Leiria.
- Monteiro, P. (2002). *Quando o Polícia é a vítima – Consequências das Agressões aos Agentes da PSP*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.
- Montesquieu, C. L. (2005). *O Espírito das Leis* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Martins Fontes.
- Moreira, A. (1995). *Ciência Política*. Coimbra: Almedina.
- Neto, R. D. (2003). *O Surgimento e Evolução do Estado numa Visão Socialista* (pp. 8-15). Universidade de Salvador: UNIFACS.
- Nietzsche, F. W. (1903). *The Dawn of Day*. (J. Volz, Trad.) New York: Macmillan.
- Pinto, C. A. (1999). *Teoria Geral do Direito Civil* (3ª ed.). Coimbra: Coimbra Editora.
- Rocha, M. (2005). *A Importância do Clima Organizacional: O caso do Cometlis*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.
- Rousseau, J. J. (2010). Livros que mudaram o Mundo. *O Contrato Social*. (M. F. Sousa, Trad.) Lisboa: Editorial Presença, Lda.
- Schmidt, I. T. (2000). *Motivação no trabalho: teorias contemporâneas*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Shein, E. (1982). *Psicologia Organizacional*. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall.
- Smircich, L. (1983). *Concepts of culture organizational analysis*. New York: Administrative Science Quarterly.
- Stavans, I. (2004). *O que é Civilização?* São Paulo: Studio Nobel.
- Valente, M. M. (2009). *Teoria Geral do Direito Policial*. Coimbra: Almedina.

**Legislação:**

Constituição da República Portuguesa

Código Penal

Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, com as alterações dos seguintes diplomas: Lei n.º 117/99, de 11 de Agosto; Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de Novembro; Decreto-Lei n.º 70-A/2000, de 5 de Maio; Decreto-Lei n.º 157/2001, de 11 de Maio; Decreto-Lei n.º 169/2006, de 17 de Agosto; Decreto-Lei n.º 181/2007, de 9 de Maio; Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro e da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de Setembro.

Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro.

Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 de Fevereiro, com as alterações dos seguintes diplomas: Declaração de 31/03 1984; Decreto-Lei n.º 347/89, de 12 de Outubro; Decreto-Lei n.º 6/95, de 17 de Janeiro; Decreto-Lei n.º 20/99, de 28 de Janeiro; Decreto-Lei n.º 162/99, de 13 de Maio; Decreto-Lei n.º 143/2001, de 26 de Abril; Lei n.º 13/2001, de 04 de Junho; Lei n.º 108/2001, de 28 de Novembro e pelo Decreto-Lei n.º 70/2007, de 21 de Abril.

Decreto-Lei n.º 146/2005, de 26 de Agosto.

Decreto-Lei n.º 28/84 de 20 de Janeiro, com as alterações dos seguintes diplomas: Declaração de 31 de Março 1984; Decreto-Lei n.º 347/89, de 12 de Outubro; Decreto-Lei n.º 6/95, de 17 de Janeiro; Decreto-Lei n.º 20/99, de 28 de Janeiro; Decreto-Lei n.º 162/99, de 13 de Maio; Decreto-Lei n.º 143/2001, de 26 de Abril; Lei n.º 13/2001, de 04 de Junho; Lei n.º 108/2001, de 28 de Novembro; Decreto-Lei n.º 70/2007, de 21 de Abril e pela Lei n.º 20/2008, de 21 de Abril.

Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 69-A/2009, de 24 de Março.

Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de Abril.

Decreto Regulamentar n.º 6/2001, de 5 de Maio, com as alterações do Decreto Regulamentar n.º 76/2007, de 17 de Julho.

Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, com as alterações dos seguintes diplomas: Declaração de Rectificação n.º 22-A/2008, de 24 de Abril; Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro; Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril; Lei n.º 34/2010, de 02 de Setembro e pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 154/91, de 23 de Abril.

Declaração Universal dos Direitos do Homem - Proclamada pela Assembleia Geral da ONU a 10 de Dezembro de 1948.

Lei n.º 32/2002, de 20 de Dezembro, alterada pela Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

Lei n.º 4/2009, de 29 de Janeiro, alterada pela Lei n.º 10/2009, de 10 de Março.

Lei n.º 5/99, de 27 de Janeiro, com as alterações dos seguintes diplomas: Declaração de Rectificação n.º 6/99, de 16 de Fevereiro; Decreto-Lei n.º 137/2002, de 16 de Maio; Lei n.º 53/2007, de 31 de Agosto e do Decreto-Lei n.º 299/2009, de 14 de Outubro.

Lei n.º 53/2008, de 29 de Agosto.

Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, com as alterações dos seguintes diplomas: Lei n.º 3-B/2010, de 28 de Abril e do Decreto-Lei n.º 124/2010, de 17 de Novembro.

Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro, com as alterações dos seguintes diplomas: Declaração de Rectificação n.º 21/2009, de 18 de Março e da Lei n.º 105/2009, de 14 de Setembro.

Lei n.º 7/90, de 20 de Fevereiro.

Portaria n.º 118/96 de 16 Abril.

Portaria n.º 1357-A/2006, de 30 de Novembro, alterada pela Portaria n.º 9/2008 de 3 de Janeiro.

Portaria n.º 1619/2007, de 26 de Dezembro.

Portaria n.º 17788, de 4 de Julho de 1960.

Portaria n.º 337/2004, de 31 de Março.

Portaria n.º 351/2007, de 30 de Março.

Portaria n.º 666-A/2007, de 1 de Junho.

**Sítios na Internet:**

[http://www.adse.pt/document/PLANO\\_ACTIVIDADES\\_2010.pdf](http://www.adse.pt/document/PLANO_ACTIVIDADES_2010.pdf)

**Consultado em 23-02-2011**

<http://www.dgaep.gov.pt/index.cfm?OBJID=b8a129f3-8eb7-4b56-932f-f084b9abab44&ID=6000000>

**Consultado em 04-01-2011**

[http://dn.sapo.pt/inicio/economia/interior.aspx?content\\_id=1528618](http://dn.sapo.pt/inicio/economia/interior.aspx?content_id=1528618)

**Consultado em 04-01-2011**

<http://tvnet.sapo.pt/tvnethd/noticias/detalhes.php?id=64112>

**Consultado em 04-01-2011**

<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/outros/domingo/jose-manuel-silva>

**Consultado em 16-02-2011**

<http://www.cga.pt/atribuicoes.asp>

**Consultado em 28-02-2011**

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/proteccao/baixas+medicas.htm>

**Consultado em 28-02-2011**

[http://www.portaldaempresa.pt/CVE/pt/AreasdeInteresse/RecursosHumanos/Saude\\_Seguranca/SER\\_subsidio+de+doenca.htm](http://www.portaldaempresa.pt/CVE/pt/AreasdeInteresse/RecursosHumanos/Saude_Seguranca/SER_subsidio+de+doenca.htm)

**Consultado em 28-02-2011**

[http://www.mai.gov.pt/data/documentos/Outros%20Documentos/OrganogramaMAI\\_Maio%202010.pdf](http://www.mai.gov.pt/data/documentos/Outros%20Documentos/OrganogramaMAI_Maio%202010.pdf)

**Consultado em 02-03-2011**

[www.mtss.gov.pt/preview\\_documentos.asp?r=2026&m=PDF](http://www.mtss.gov.pt/preview_documentos.asp?r=2026&m=PDF)

**Consultado em 02-03-2011**

[http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=993790](http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=993790)

**Consultado em 04-03-2011**

[http://diario.iol.pt/noticia.html?div\\_id=4058&id=1034211](http://diario.iol.pt/noticia.html?div_id=4058&id=1034211)

**Consultado em 04-03-2011**

[http://www.centrodeemergencia.com/portugal/2005/12/baixas\\_fraudule.html](http://www.centrodeemergencia.com/portugal/2005/12/baixas_fraudule.html)

**Consultado em 04-03-2011**

[http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Interior.aspx?content\\_id=1740757](http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Interior.aspx?content_id=1740757)

**Consultado em 04-03-2011**

<http://tv1.rtp.pt/noticias/?t=Seguranca-Social-descobre-mais-de-67-mil-baixas-fraudulentas.rtp&article=401351&visual=3&layout=10&tm=8>

**Consultado em 04-03-2011**

[http://www.publico.pt/Sociedade/igas-investiga-fraude-entre-medicos-e-farmacias\\_1453838](http://www.publico.pt/Sociedade/igas-investiga-fraude-entre-medicos-e-farmacias_1453838)

**Consultado em 14-03-2011**

<http://www.agenciafinanceira.iol.pt/economia/baixas-fraude-medicos-saude-agencia-financeira/1220454-1730.html>

**Consultado em 14-03-2011**

<http://forumgnr.virtuaboard.com/t16880-baixas-medicas-tramam-agentes>

**Consultado em 14-03-2011**

[http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/Dossiers/DOS\\_baixa+m++233+dica++o+que+fazer.htm?passo=7](http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/Dossiers/DOS_baixa+m++233+dica++o+que+fazer.htm?passo=7)

**Consultado em 14-03-2011**

### **Outros documentos**

Acórdão n.º 2/2006, do Tribunal Supremo de Justiça

Circular n.º 1/DRH/2009, de 9 de Dezembro, da DNPSP.

Circular n.º 2/DEPRH/2001, de 15 de Junho, da DNPSP.

Circular n.º 3/DNARH/2009, de 15 de Maio, da DNPSP.

Circular n.º 10/DNA/RH/2007, de 30 de Julho, da DNPSP.

Circular n.º 12/DNA/RH/2007, de 9 de Julho, da DNPSP.

Despacho n.º 02/GCG/99, de 10 de Fevereiro de 1999, da DNPSP.

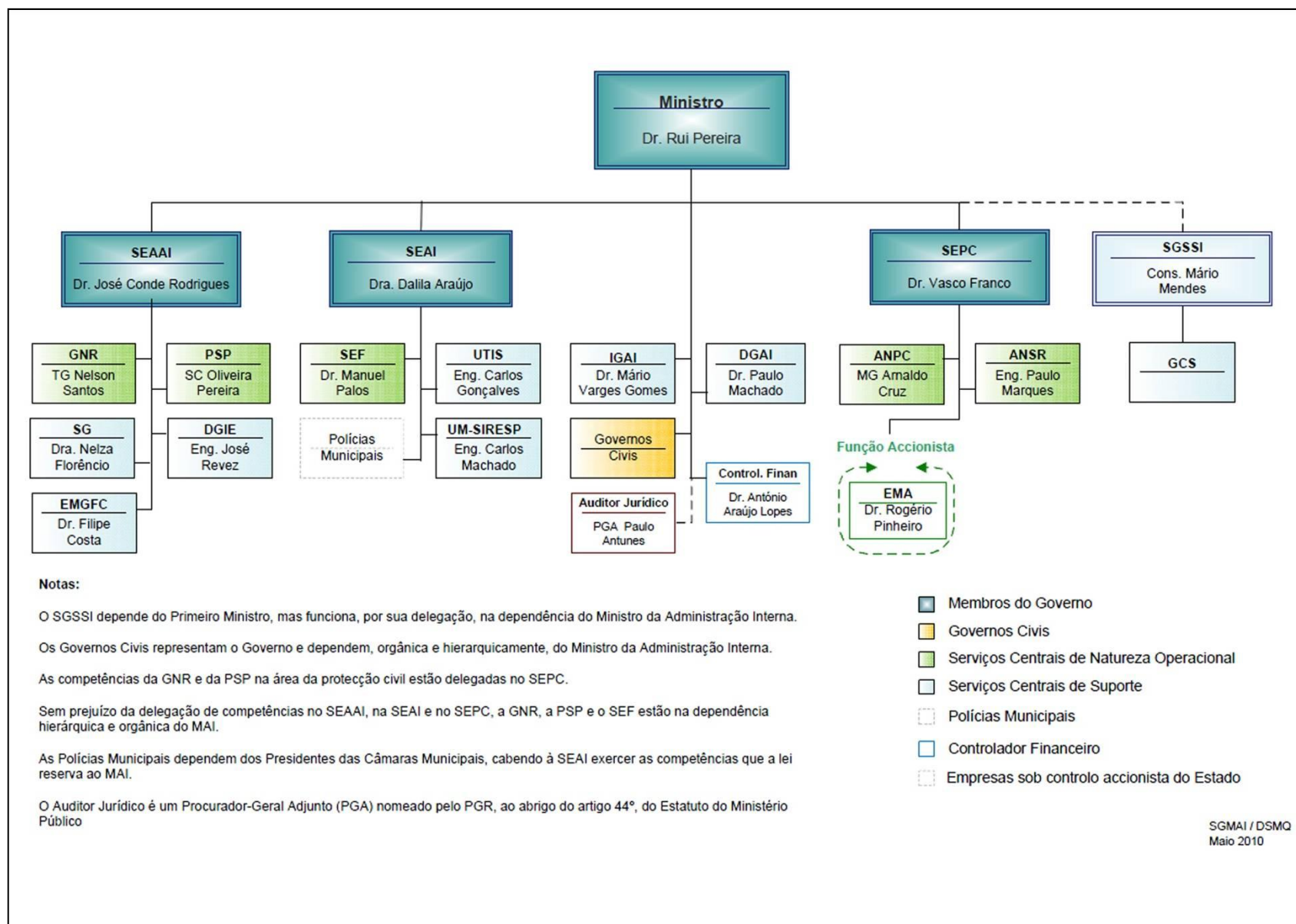
Despacho n.º 07/GDN/06, de 7 de Março, da DNPSP.

Despacho n.º 09/GDN/05, de 23 de Fevereiro, da DNPSP.





## ANEXO B - Organograma do Ministério da Administração Interna.



## **ANEXO C – Entrevistas**

### **Entrevista I - Exmo. Superintendente Poças Correia**

**Nome:** José Poças Correia

**Função:** Director do Serviço de Apoio à Doença, da Polícia de Segurança Pública (SADPSP)

**Entrevistador:** Luís Abraúl

**Data de recolha:** 16 de Fevereiro de 2011

#### **1 - O que é preciso fazer para validar uma baixa?**

A pessoa quando está de baixa tem que reportar a mesma no prazo de 5 dias, tem que dar conhecimento imediato e apresentar o Certificado de Incapacidade Temporária no prazo de 5 dias úteis. E por aí uma pessoa pode cometer uma infracção disciplinar, se não reportar nesse período. Tirando isso, quem poderá pôr em causa uma situação de baixa terá que ser um médico que comprove que o paciente afinal não está doente. Se um médico atesta uma baixa, essa baixa só poderá perder o seu efeito se for “revogada” por outro médico.

#### **2 - Já usufruiu alguma vez de uma baixa?**

Eu só usei a baixa duas vezes em 29 ano de serviço, uma porque parti o braço e outra porque fui operado ao joelho. Não é o facto de estar constipado que me irá fazer faltar ao serviço, só faltarei a este quando sentir que não estou capaz de exercer o serviço nas devidas condições, mas nem toda a gente pensa da mesma maneira. O facto dos elementos policiais estarem a prever uma reforma nuns determinados moldes e com o novo estatuto as coisas virem-se a alterar, serviu para aumentar para um maior desagrado por parte dos elementos policiais em relação à sua instituição e um possível aumento das baixas. Há pessoas que simplesmente mentalizam-se que não querem trabalhar mais e a partir daí entram sistematicamente em situações de baixa.

### **3 - Como é que é feita a fiscalização/verificação dessas baixas?**

A verificação da situação de baixa é outra situação que se tem colocado. Ou seja, das duas uma, uma pessoa quando vai ao médico e este lhe passa uma baixa, o indivíduo ou é obrigado a ficar em casa ou não é obrigado a ficar em casa, este dado tem que estar descrito no próprio CIT. Portanto, pode sair ou não da residência. Se a pessoa puder sair da sua casa, nada impede que o indivíduo possa andar a passear pela rua. Se a pessoa for obrigada a ficar em casa, mesmo que haja controlo da situação da baixa, a pessoa se não for encontrada em casa pode sempre arguir que estava em casa, mas que estava sedada, ou doente ou a dormir ou com enxaquecas, ou seja, a pessoa na altura quando foi verificada na sua residência pode sempre alegar que não estava consciente ou que estava doente ou mal disposta e que não podia se levantar para ir à porta. Estas situações são muito difíceis de confirmar. Assim, até prova em contrário, se o indivíduo estiver de baixa, tem um boletim de baixa (documento comprovativo da doença), e nessas condições é difícil comprovar o contrário. Porque mesmo que seja outro médico a justificar que o doente não está doente, é sempre difícil porque as situações que se verificam a posteriori nunca são as mesmas que foram avaliadas na primeira baixa. Não é fácil de aferir isso.

Hoje as inspeções domiciliárias são raras, porque há escassez de meios. E mesmo que estas inspeções sejam realizadas persiste o problema se o indivíduo estava mesmo em casa ou não, havendo sempre a desculpa que estava indisposto ou a dormir ou outra razão plausível que não o possibilitasse de ir abrir a porta, e não há maneiras de comprovar o contrário.

A única maneira de combater estas situações nos casos de baixa prolongada, mas que não está em prática, é o que a segurança social faz, que é convocar as pessoas para a junta médica. Depois a junta médica irá comprovar ou não a doença do indivíduo.

As pessoas com baixa prolongada podem ser sujeitas à inspeção pela Junta Médica, sob parecer do médico do posto clínico, mas estas situações são escassas, e também não sei se leva a lado algum porque a situação de baixas “fraudulentas” passa essencialmente pela conduta médica e pela ética, tanto do médico como do elemento policial. Em relação às fiscalizações, nós aqui no Departamento do SAD não fiscalizamos nada, não nos compete a nós fazer as fiscalizações, compete aos médicos dos Comandos, que podem ir a casa das pessoas mas voltamos ao mesmo, porque estas podem-se desculpar das mais variadas formas. A ADSE fiscaliza através de convocatórias dos doentes para comparecimento nas Juntas Médicas. Se o indivíduo tem uma baixa médica

para um certo período, quem é que vai pôr em causa aquela baixa médica? Só um outro médico. E no próprio boletim da baixa, não está especificado o motivo da baixa, a doença, e para essa baixa médica para ser posta em causa, o médico precisaria de informações complementares para corroborar a sua decisão.

#### **4 - Conhece alguma situação fora do normal em relação à comunicação das baixas?**

Nós já tivemos situações de baixas médicas que foram dadas com efeitos retroactivos, que são baixas dadas hoje com efeitos de 30 dias para trás e de 60 dias para trás. Esta questão foi colocada à Ordem dos Médicos, e eles decidiram que havia justificação para isso. Tudo indica que o médico tem esse poder, pois há doenças que o médico consegue aferir se o indivíduo já a possuía há alguns dias. Ou então situações em que o doente já tem ficha clínica, o que leva o médico a fazer uma previsão retroactiva e concluir que o doente já deveria ter baixa desde alguns dias atrás.

#### **5 - Quais é que são para si as causas do uso de baixas “fraudulentas”?**

Esta situação das baixas tem a ver com muitos factores, com o facto de os elementos estarem descontentes com a instituição PSP. Tem a ver com o profissionalismo, ética e camaradagem dos elementos. O polícia tem que ter algum sentido de responsabilidade e tem que ter consciência que quando usufrui de uma baixa que não é necessária, está a prejudicar a comunidade, visto que, fica afastado do serviço, prejudicando os colegas pois estes vão ter que o substituir nos horários nos quais não estavam escalados, prejudica o serviço porque a PSP presta um serviço de menor qualidade e prejudica a comunidade porque é menos um polícia na rua para cuidar da segurança de todos nós. É claro que estas baixas ocorrem por as pessoas não estarem satisfeitas com a instituição, mas isso não justifica tal comportamento, pois muitos de nós andam insatisfeitos com algumas situações, inclusive no desconto da remuneração, e não é por isso que os elementos policiais usufruem dessas baixas. O descontentamento não deve, a meu ver, afectar a assiduidade das pessoas, apesar da insatisfação, o elemento tem que cumprir o seu dever, tem que ter consciência da sua missão. Eu já fui deslocado muitas vezes contra a minha própria vontade, porque eu queria estar em Lisboa para estar próximo da minha família e apesar de sentir um pouco de revolta, não foi por isso que deixei de fazer o meu serviço.

## **6 - Qual será para si a forma de resolver o problema das baixas “fraudulentas”?**

Enquanto não se resolver o problema ético da profissão, enquanto os médicos não forem sensibilizados pela Ordem dos Médicos de que devem limitar ao máximo o número de baixas médicas e de que devem tentar sustentar as suas decisões com base em exames complementares de diagnóstico, enquanto as doenças não forem efectivamente comprovados por esses exames, andamos sempre nesta situação, em que há médicos que dão baixas consoante o número de dias que lhes é pedido pelo doente, e outros médicos que são mais rigorosos e que limitam mais o número de dias de baixa. Mas em geral os médicos acabam sempre por passar os dias de baixa pretendidos pelos doentes. Isto é uma questão de ética e moral, e só os médicos é que poderão decidir sobre o número de dias de baixas que devem dar. Tem que haver uma maior sensibilização. Se não estou em erro o novo bastonário da Ordem dos Médicos, o senhor Doutor José Manuel Silva na sua campanha de eleição colocou no seu programa, uma maior sensibilização por parte dos médicos para tentar não extravasar o número necessário de dias de baixa para os doentes. É que os elementos policiais sabem quais é que são os médicos bonzinhos e os que dão poucos dias de baixa, e os elementos que procuram fugir ao trabalho tentam sempre recorrer aos primeiros. Este problema não se resolve facilmente porque tem que haver uma maior ética e deontologia profissional, quer pelos profissionais da polícia, quer pelos médicos que deviam ser mais cautelosos nalguns casos e não prescrever baixas médicas sem terem a certeza que as pessoas estejam doentes. Admite-se que numa primeira instância, não tendo o médico os exames do diagnóstico, tendo assim que considerar que a pessoa está doente, mas isso não deve dar azo a uma baixa prolongada sem haver garantias da efectividade da doença, sob pena de estar a legitimar a ausência abusiva ao serviço. Não é fácil de contornar este problema. Quando se fala em baixas médicas fraudulentas, são fraudulentas porque se tem essa percepção, na prática é mais complicado porque elas estão justificadas por quem tem a competência para o fazer, e isso não se resolve sem que haja uma maior sensibilização quer por parte dos profissionais da saúde quer por parte dos elementos policiais. A resolução deste problema não é fácil, no entanto no sector privado as pessoas são penalizadas a termos remuneratórios, caso que não se verifica na polícia. A única coisa em que os elementos podem sofrer descontos é nos subsídios e nos suplementos, porque estes estão directamente pendentos da remuneração para aquele dia.

Se só trabalhar três dias num mês, só recebe os suplementos daqueles três dias, assim como o subsídio da refeição, no entanto recebe sempre a sua remuneração base por inteiro. Mas não há outra penalização a não ser essa, enquanto noutros organismos que não a PSP, é descontado na remuneração base em 60% se não estou em erro, mais o corte nos subsídios e nos suplementos correspondentes aos dias em falta.

Em termos das baixas fraudulentas acho que não há muita volta a dar a não ser pela via da sensibilização quer dos profissionais da saúde, que são os médicos, e pelos próprios elementos policiais. Eu quando vou ao médico só lá vou para que ele me cure, para que me receite a medicação para melhorar e não vou lá para pedir baixa. Quando fui operado ao joelho, passados dois dias fui trabalhar porque isso a meu entender não impedia a minha capacidade no exercício de funções, a única coisa que era complicada era a deslocação, mas deslocava-me de muletas. É claro que tinha direito a usufruir de baixa médica durante uns dias, mas nada me impedia de realizar o meu serviço, logo não achei que tinha razões para faltar ao mesmo. É claro que se calhar alguns elementos usariam isso como desculpa para faltar ao serviço mas isso tem a ver com a natureza de cada um. O tema da tese é um tema promíscuo porque não há soluções, e as que há não são exequíveis. As baixas fraudulentas até prova ao contrário não existem, são apenas origem de especulação, só poderão ser consideradas fraudulentas depois de serem comprovadas, até porque se houvesse baixas fraudulentas elas seriam sancionadas pela Ordem dos Médicos, e até agora que eu saiba, pode haver um caso ou outro, mas não tenho conhecimento de nenhuma baixa que tenha sido comprovada como fraudulenta.

O médico no acto de decidir, que vai avaliar um doente e que vai atribuir uma baixa médica, faz sentido que este médico esteja elucidado com algumas questões do foro pessoal ou do foro profissional para uma decisão mais correcta. A título de exemplo, há elementos policiais que à mínima contrariedade, quer em termos de serviço, ou porque há uma incompatibilidade com o chefe, ou com o comandante da Esquadra ou porque não concorda com a escala, vão a correr para o médico para obter uma baixa. E se o médico estiver elucidado que aquilo aconteceu, o médico poderá estar mais sensibilizado para restringir o número de baixas, ou até mesmo negar a baixa médica. Porque o médico tem que aceitar as queixas de saúde da pessoa. Se uma pessoa se queixa da barriga é claro que o médico, não tendo exames de diagnóstico para avaliar melhor o doente, tem que considerar que o doente está mesmo com dores na barriga.

Isso pode justificar um dia de baixa, ou até dois ou três dias de baixas, mas só até se obterem os exames de diagnóstico, para se verificar a veracidade dos factos expostos pelo doente. Agora em situações de baixas médicas mais prolongadas, elas devem ter exames que sirvam de suporte para a decisão do médico. É por isso que se o médico tiver posse dessa informação complementar que é fornecida o seu paciente (como a situação das relações com os superiores hierárquicos, se costuma pôr baixa quando está insatisfeito, etc.), pode ser mais restritivo em relação a passar-lhe os dias de baixa, dando só um ou dois até se fazerem exames a corroborar a versão do elemento policial. Essa sensibilização só é feita em alguns casos, que é quando há uma certa proximidade entre o Comandante do Comando e o médico do Posto Clínico. Principalmente nas situações em que o indivíduo se mostra insatisfeito com alguma situação (ex: escalas) e ameaça pôr baixa.

Há situações em que a doença é comprovada, como os casos de doenças graves, ou acidentes de trabalho, entre outros, em que há exames, diagnósticos que comprovam o estado de saúde do paciente. Agora nos casos em que o paciente diz que tem só uma enxaqueca ou que está mal disposto, eu sou a favor de que o médico deva passar um atestado médico se assim o entender, mas um que não justifique faltar muitos dias, só os necessários até se obterem os exames de diagnóstico do paciente, e depois, se a situação for mesmo real, então o médico passará os restantes dias de baixa.

Os casos mais difíceis serão quando os elementos policiais dirigem-se a um médico privado, visto que este não tem meio de saber se houve atritos entre o elemento policial e o serviço. Isto passa tudo, como já disse anteriormente, por uma questão de ética e de deontologia.

Eu recuso-me a aceitar que estou doente, mesmo quando estou, entendo que não devo estar, e continuo a fazer o meu exercício.

Se for ao médico e fazer um bocado de teatro, e dizer que ando com tonturas, se falar nas tonturas o médico é capaz de me medir a tensão arterial, mas se disser que ando indisposto, que quando me levanto é uma complicação, que ando cheio de dores, que não posso ouvir pessoas a falar alto, como é que o médico prova que é mentira? Perante este quadro clínico, o médico aceita que o que estou a dizer é verídico e dá-me uns dias de baixa. No entanto se o médico estiver alertado para as situações que já se falou sobre as incompatibilidades entre o elemento policial e o serviço, o médico estará mais sensibilizado e poderá dar-me menos dias de baixa, até eu realizar os exames para



averiguação da veracidade dos meus sintomas. É muito difícil para o médico, saber quando o paciente está a contar a verdade e quando está a mentir.

Se os médicos forem sensibilizados para terem esta atitude, os elementos policiais que usufruem dessas baixas fraudulentas, terão que recorrer aos médicos particulares, mas isso é uma inevitabilidade. E nos Comandos policiais mais pequenos ainda é mais complicado, porque há uma maior proximidade entre as pessoas, entre o elemento policial e o médico, logo mais fácil de obter a baixa.

As únicas duas vias que prevejo que sejam uma possível solução para este problema são as sensibilizações aos médicos por parte da Ordem dos Médicos, e aos agentes policiais por via interna, e a nível de administração, um corte na remuneração base dos elementos, se o indivíduo não trabalha, não recebe o vencimento correspondente aos dias de baixa. Se esta ultima situação acontecer, o indivíduo tem que ponderar se quer abdicar de parte da sua remuneração para não comparecer ao serviço.

Antigamente tinha-se enfermarias onde se internavam os elementos que adoeciam, mas agora esta situação é inexequível porque não há recursos, nem materiais nem humanos, para manter uma enfermaria aberta 24 horas por dia. Para haver uma enfermaria tem que haver pelo menos um médico, um enfermeiro, alimentação, e quem é que sustenta isso tudo? E mais um problema, o indivíduo pode alegar que em casa estaria melhor, porque está com a família e tem um maior conforto, tendo assim uma recuperação mais rápida. Qual a legitimidade que há em internar compulsivamente um elemento policial na enfermaria? É que ele pode dizer para lhe retirarem parte do seu vencimento mas que se recusa a ir para a enfermaria. Há situação que antigamente eram válidas mas que no presente já não é viável.

Todos os indivíduos que estão abrangidos pela Segurança Social sofrem descontos na remuneração, mas nós, elementos da PSP, estamos abrangidos pela Caixa Geral de Aposentações, só sofremos descontos nos suplementos e subsídios.

## **Entrevista II - Exmo. Sr. José Gonçalves**

**Nome:** José Gonçalves

**Função:** Director Distrital da Segurança Social de Leiria

**Entrevistador:** Luís Abraúl

**Data de recolha:** 27 de Fevereiro de 2011

### **1 - O que considera por baixa médica?**

Trata-se de uma situação de Incapacidade temporária para o trabalho, por motivo de doença.

O trabalhador pode requerer o Subsídio de Doença – prestação pecuniária atribuída para compensar a perda de remuneração, resultante do impedimento temporário para o trabalho, por motivo de doença.

Para receber o subsídio de doença é necessário que preencha as seguintes condições:

- Situação de incapacidade temporária certificada pelos serviços de saúde competentes;
- 6 meses civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações, à data do início da incapacidade para o trabalho (prazo de garantia);
- 12 dias com registo de remunerações por trabalho efectivamente prestado, nos 4 meses imediatamente anteriores ao mês que antecede o da data do início da incapacidade (índice de profissionalidade).

Para o prazo de garantia, consideram-se os períodos de registo de remunerações não sobrepostos, em quaisquer regimes de protecção social obrigatórios, que assegurem prestações de protecção na doença, incluindo o da função pública (totalização de períodos contributivos).

Para o índice de profissionalidade, consideram-se os períodos de registo de remunerações por trabalho, efectivamente, prestado e os períodos em que haja registo de remunerações por equivalência à entrada de contribuições, nas situações de doença que ocorra nos 60 dias a seguir à data da cessação de doença anterior e atribuição de subsídios no âmbito da protecção na maternidade.

O pagamento de prestações de doença aos trabalhadores independentes e às pessoas abrangidas pelo regime do seguro social voluntário, depende de se encontrar regularizada a

situação contributiva, até ao final do 3.º mês imediatamente anterior ao do início da incapacidade

O subsídio é suspenso nas seguintes situações: durante a concessão dos subsídios de maternidade, paternidade e por adopção; no caso de ausência do domicílio, sem autorização médica expressa no período do dia legalmente permitido (entre as 11 e as 15 e entre as 18 e 21 horas), com excepção das ausências para tratamento; em caso de falta a exame médico para que o beneficiário tenha sido convocado; quando for declarada a não subsistência da doença, pela comissão de verificação de incapacidades.

O direito ao subsídio cessa quando: for atingido o termo do período constante do CIT; durante o período de incapacidade tenha sido declarada a não subsistência da doença pelos serviços de saúde competentes ou pela comissão de reavaliação ou o beneficiário tenha retomado o exercício de actividade profissional por se considerar apto; o beneficiário não tiver apresentado justificação atendível da ausência da residência, sem autorização médica expressa ou da falta a exame médico para que tenha sido convocado.

## **2 - O que considera por baixa médica “fraudulenta”?**

Quando o beneficiário se encontra a receber subsídio de doença indevidamente por não existir patologia que o invalide de trabalhar.

Constituem crime de fraude contra a segurança social as condutas dos beneficiários que visem o recebimento indevido, total ou parcial, de prestações de segurança social com intenção de obter para si ou para outrem vantagem patrimonial ilegítima de valor superior a € 7 500, previsto e punido nos termos previstos do artigo 106.º do RGIT.

## **3 - Qual a facilidade de obter uma baixa fraudulenta?**

A incapacidade temporária para o trabalho é certificada em impresso de modelo próprio – CIT (Certificado de Incapacidade Temporária por Estado de Doença), emitido pelos serviços de saúde competentes do Serviço Nacional de Saúde - Exs: Centros de Saúde, incluindo os serviços de atendimento permanente (SAP), serviços de prevenção e tratamento da toxicodependência, hospitais, com excepção dos serviços de urgência - e por Estabelecimentos Particulares desde que legalmente autorizados pelo Ministério da Saúde.

Este Certificado comprova o tipo de patologia que lhe foi identificada, ou seja, se se trata de uma doença natural, directa ou profissional, se sofre de tuberculose, teve um acidente de trabalho ou ainda se precisa de prestar assistência a um familiar.

A prescrição de baixa médica depende assim da avaliação realizada pelo médico, uma avaliação pericial.

#### **4 - Quando é que se faz a fiscalização às baixas médicas?**

A Fiscalização sobre as baixas no nosso Distrito é realizada pelo Serviço de Fiscalização do Centro do ISS, IP com sede em Coimbra (serviço que não depende deste Centro Distrital), de acordo com as directrizes e procedimentos próprios daquele serviço.

Aquele serviço verifica o cumprimento dos deveres a que estão sujeitos os beneficiários de subsídio de doença (p. ex. permanência no domicílio; não acumular trabalho com doença), actuando também no âmbito do Plano de Combate à Fraude e Evasão Contributivas e Prestacionais.

A Equipa de Prestações de Doença e Maternidade deste Centro Distrital solicita a intervenção da Fiscalização sempre que há uma denúncia/suspeita de que um beneficiário se ausenta da residência nos períodos não legalmente permitidos ou há suspeita de acumulação de trabalho com a atribuição do subsídio de doença.

Também as Entidades Empregadoras solicitam a intervenção do Serviço de Fiscalização para confirmarem a ausência de residência dos seus trabalhadores ou outras situações.

Periodicamente, no âmbito do Plano de Combate à Fraude e Evasão Contributivas e Prestacionais, é levado a efeito uma fiscalização a nível nacional, com o objectivo de detectar situações de baixa fraudulenta.

Para além do Serviço de Fiscalização, o Instituto de Segurança Social, através dos seus Centros Distritais dispõe de Serviços de Verificação de Incapacidades (SVI).

Por iniciativa da segurança social, a verificação tem lugar nas situações:

Susceptíveis de contribuir para a formação de prazos de garantia de acesso a pensões ou a outras prestações, considerando-se prioritárias as situações identificadas pelas entidades empregadoras ou pela Autoridade para as Condições do Trabalho;

Em que o início da doença coincide com a cessação do contrato de trabalho;

De prorrogação, pelos serviços de saúde, dos períodos de doença que ultrapassem o período máximo previsto pela comissão de reavaliação;

Reiteradas de incapacidade por doença;

Identificadas e devidamente fundamentadas em informações dos serviços inspectivos e de fiscalização, das entidades empregadoras ou de outras entidades idóneas;

Correspondentes a actividades ou zonas geográficas com maior incidência de incapacidades por doença;

De incapacidade por doença determinantes da recusa de emprego conveniente, trabalho necessário ou formação profissional durante o período de concessão das prestações de desemprego.

Por iniciativa da entidade empregadora:

A entidade empregadora deverá, para este efeito, requerer a designação de médico aos serviços de segurança social da área de residência do trabalhador e, na mesma data, informar o trabalhador, do requerimento.

De referir que o sistema de verificação tem em conta indicadores de risco, como as baixas de longa duração (mais de 30 dias), em que os beneficiários passam automaticamente a constar de uma “bolsa” para serem convocados a junta médica de 30 em 30 dias, permitindo uma selecção dos casos e aumentando a eficácia.

## **5 - Como combater a situação do uso destas baixas fraudulentas?**

Dando continuidade às medidas já existentes reforçando a intensificação da fiscalização e do recurso à verificação pelas nossas juntas médicas, diminuindo a distância entre as convocatórias das baixas de longa duração (mais de 30 dias) de 30 para 20 dias.

Aplicação de medidas de sensibilização junto da saúde, no sentido da prevenção, como é óbvio sem colocar em causa a condição clínica de cada indivíduo.

É importante que exista um trabalho em conjunto por parte dos serviços envolvidos nomeadamente a ACT, apostando-se na prevenção e não na reparação.

Alertar os contribuintes e beneficiários da Segurança Social para a repercussão que o pagamento de prestações de doença por “baixas fraudulentas” pode ter na manutenção não só das prestações sociais, como da subsistência do próprio Sistema Previdencial.

## ANEXO D – Tabelas

**Tabela I - Quantificação do subsídio de doença**

Trabalhadores por conta de outrem (a contrato) a descontar para a Segurança Social										
Quando o beneficiário possui 6 meses de remunerações			*1 - Percentagem variável em função da duração do período de incapacidade			Quando o beneficiário não possui 6 meses de remunerações		*1 - Percentagem variável em função da duração do período de incapacidade		
Vencimento líquido por mês	Remuneração total dos primeiros 6 meses dos últimos 8 (A contar do mês anterior ao CIT) - $R$	Remuneração de referência - $R/180$	≤90 dias - 65%	>90 dias e ≤365 dias - 70%	>365 dias - 75%	*2 - Remuneração total de todos os meses (Até ao início do mês em que fica doente) - $R$	*3 - Remuneração de referência - $R/(30*N)$	≤90 dias - 65%	>90 dias e ≤365 dias - 70%	>365 dias - 75%
1.500,00 €	9.000,00 €	50,00 €	32,50 €	35,00 €	37,50 €	7.500,00 €	50,00 €	32,50 €	35,00 €	37,50 €
1.000,00 €	6.000,00 €	33,33 €	21,67 €	23,33 €	25,00 €	4.000,00 €	26,67 €	17,33 €	18,67 €	20,00 €
800,00 €	4.800,00 €	26,67 €	17,33 €	18,67 €	20,00 €	2.400,00 €	16,00 €	10,40 €	11,20 €	12,00 €

\*1 - O montante diário do subsídio de doença não pode ser inferior a 30% do valor diário da retribuição mínima mensal estabelecida para o sector de actividade do beneficiário, nem poderá ser superior ao valor líquido da remuneração de referência que lhe serviu de base de cálculo, nem pode ser inferior.

\*2 - O número de meses que se usou foram 5, 4 e 3, respectivamente.

\*3 - O  $N$  equivale ao número de meses das remunerações existentes.

**Tabela II - Livro de controlo do posto clínico do COMETLIS**

ANO 2010			
DIVISÕES	N.º BAIXAS	N.º ELEMENTOS	RÁCIO
<i>3ª DIVISÃO</i>	390	622	0,627
AMADORA	453	506	0,895
<i>LOURES</i>	25	700	0,036
VILA FRANCA DE XIRA	9	313	0,029

DIVISÃO COM MAIS BAIXAS
0,895 - AMADORA

**OBSERVAÇÃO**

Estes dados do livro do posto clínico, só contém as baixas médicas certificadas naquele posto clínico, e que foram registadas nos feriados e nos fins-de-semana.

**Tabela III - Recolha de dados da base de dados AS400**

ANO 2002 a 2010			
DIVISÕES	N.º DIAS	N.º ELEMENTOS	RÁCIO (ELEMENTOS/DIAS)
<i>3ª DIVISÃO</i>	40279	7856	0,195
AMADORA	38931	7264	0,187
<i>LOURES</i>	26362	4074	0,155
VILA FRANCA DE XIRA	7720	1003	0,13

**Tabela IV – Número de baixas médicas registadas da 3ª Divisão**

Nº de Baixas médicas registadas em 2010			
Esquadra	Total de Baixas Médicas	Nº de elementos da Esquadra	RÁCIO
18ª	52	47	1,11
19ª	83	47	1,77
20ª	76	56	1,36
21ª	33	41	0,8
31ª	63	46	1,37
32ª	12	21	0,57
36ª	39	22	1,77
37ª	12	30	0,4
41ª	77	37	2,08
42ª	119	57	2,09
43ª	19	22	0,86
44ª	68	32	2,13
<b>DIVISÃO</b>	41	73	0,56
<b>TOTAL</b>	<b>694</b>	<b>531</b>	

<b>Rácio Máximo</b>	<b>2,13</b>	>>>	<b>44ª ESQ</b>
<b>Esquadra com mais baixas médicas</b>	<b>119</b>	>>>	<b>42ª ESQ</b>
<b>Esquadra com mais elementos</b>	<b>73</b>	>>>	<b>DIVISÃO</b>



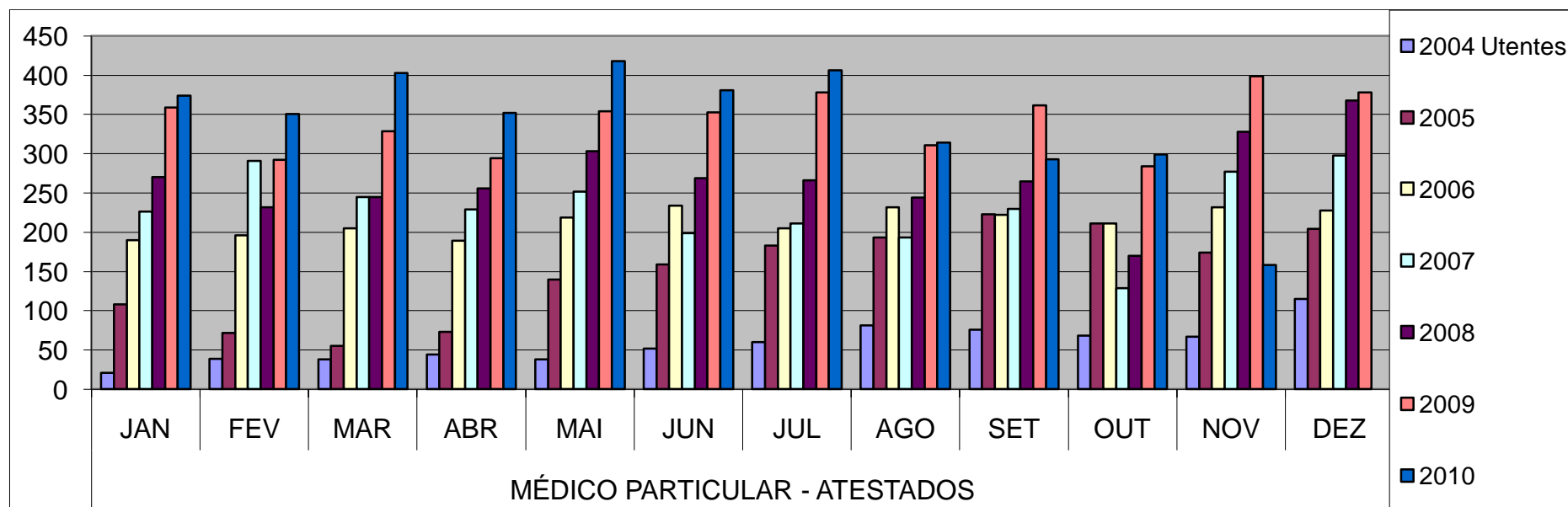
**Tabela V - Número de baixas médicas registadas da Divisão de Loures**

Nº de Baixas médicas registadas em 2010			
Esquadra	Total de Baixas Médicas	Nº de elementos da Esquadra	RÁCIO
<b>35<sup>a</sup></b>	61	47	1,3
<b>39<sup>a</sup></b>	59	89	0,66
<b>70<sup>a</sup></b>	62	44	1,41
<b>71<sup>a</sup></b>	31	58	0,53
<b>73<sup>a</sup></b>	63	46	1,37
<b>74<sup>a</sup></b>	50	63	0,79
<b>75<sup>a</sup></b>	49	40	1,23
<b>76<sup>a</sup></b>	36	45	0,8
<b>77<sup>a</sup></b>	57	44	1,3
<b>DIVISÃO</b>	32	54	0,59
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>	<b>530</b>	

<b>Rácio Mínimo</b>	<b>0,53</b>	<b>&gt;&gt;&gt;</b>	<b>71<sup>a</sup> ESQ</b>
<b>Esquadra com mais baixas médicas</b>	<b>63</b>	<b>&gt;&gt;&gt;</b>	<b>73<sup>a</sup> ESQ</b>
<b>Esquadra com mais elementos</b>	<b>89</b>	<b>&gt;&gt;&gt;</b>	<b>39<sup>a</sup> ESQ</b>

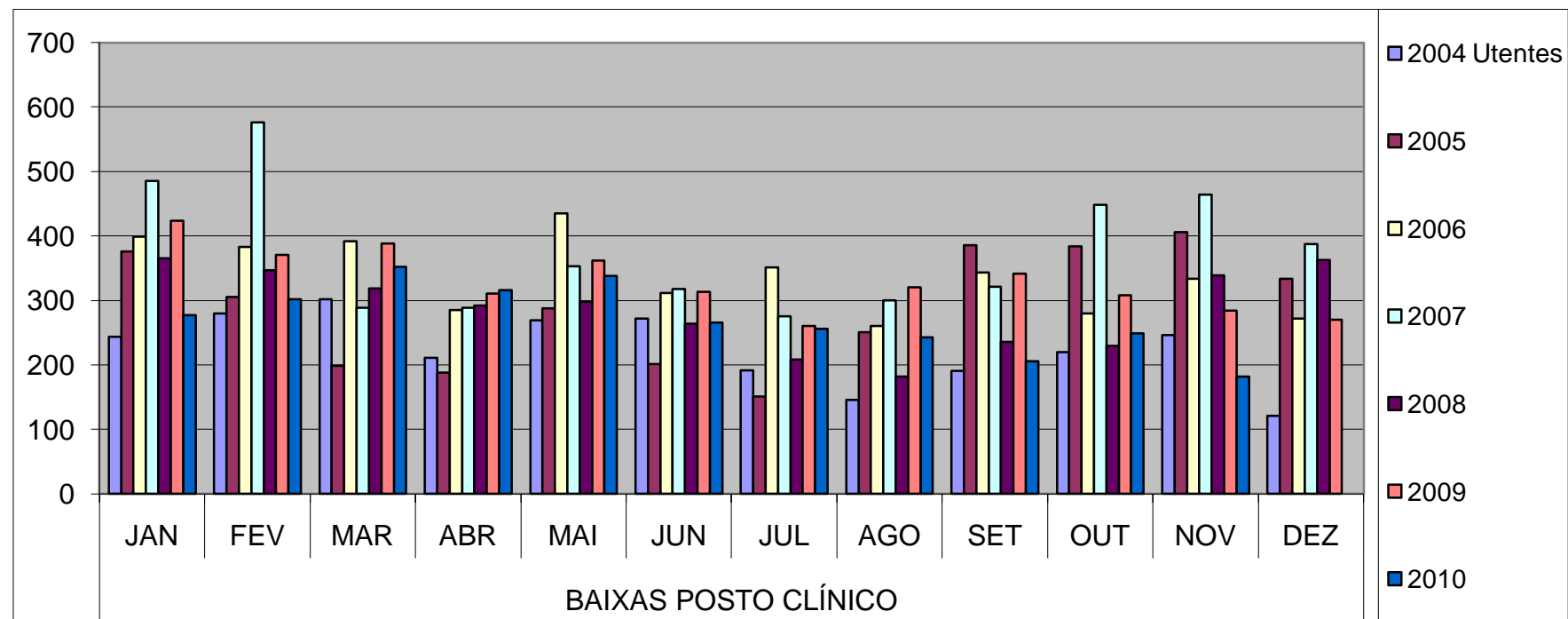
**Tabela VI – Número registos de Certificados de Incapacidade Temporária obtidos por médicos particulares pelo Núcleo de Saúde do COMETLIS**

		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAIS
<b>2004</b>	<b>N.º de Utentes</b>	<b>21</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>52</b>	<b>60</b>	<b>81</b>	<b>76</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>115</b>	<b>699</b>
<b>2005</b>		<b>108</b>	<b>72</b>	<b>55</b>	<b>73</b>	<b>140</b>	<b>159</b>	<b>183</b>	<b>193</b>	<b>223</b>	<b>211</b>	<b>174</b>	<b>204</b>	<b>1795</b>
<b>2006</b>		<b>190</b>	<b>196</b>	<b>205</b>	<b>189</b>	<b>219</b>	<b>234</b>	<b>205</b>	<b>232</b>	<b>222</b>	<b>211</b>	<b>232</b>	<b>228</b>	<b>2563</b>
<b>2007</b>		<b>226</b>	<b>291</b>	<b>245</b>	<b>229</b>	<b>252</b>	<b>199</b>	<b>211</b>	<b>193</b>	<b>230</b>	<b>129</b>	<b>277</b>	<b>298</b>	<b>2780</b>
<b>2008</b>		<b>270</b>	<b>232</b>	<b>245</b>	<b>256</b>	<b>303</b>	<b>269</b>	<b>266</b>	<b>244</b>	<b>265</b>	<b>170</b>	<b>328</b>	<b>368</b>	<b>3216</b>
<b>2009</b>		<b>359</b>	<b>292</b>	<b>329</b>	<b>294</b>	<b>354</b>	<b>353</b>	<b>378</b>	<b>311</b>	<b>362</b>	<b>284</b>	<b>399</b>	<b>378</b>	<b>4093</b>
<b>2010</b>		<b>374</b>	<b>351</b>	<b>403</b>	<b>352</b>	<b>418</b>	<b>381</b>	<b>406</b>	<b>314</b>	<b>293</b>	<b>299</b>	<b>158</b>	<b>-----</b>	<b>3749</b>



**Tabela VII – Certificados de Incapacidade Temporária obtidos no posto clínico do COMETLIS**

		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAIS
<u>2004</u>	N.º de Utentes	244	280	302	211	269	272	192	146	191	220	246	121	2694
<u>2005</u>		376	305	199	188	288	201	151	251	386	384	406	334	3469
<u>2006</u>		399	383	392	285	435	312	351	260	343	280	334	272	4046
<u>2007</u>		485	576	289	289	353	318	275	300	321	448	464	387	4505
<u>2008</u>		365	347	319	292	298	264	208	182	236	230	339	363	3443
<u>2009</u>		424	371	388	311	362	313	260	320	342	308	284	270	3953
<u>2010</u>		277	302	352	316	338	266	256	243	206	249	182	-----	2987



## **ANEXO E – Informação recolhida em sites da internet**

### **Site I - Fraude entre médicos e farmácias**

Extracção de informação do site:

**[http://www.publico.pt/Sociedade/igas-investiga-fraude-entre-medicos-e-farmacias\\_1453838](http://www.publico.pt/Sociedade/igas-investiga-fraude-entre-medicos-e-farmacias_1453838)**

Data de consulta: **14-03-2011**

Data de publicação: **01-09-2010**

A Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) está a investigar vários casos de fraude relacionados com a prescrição de medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Em causa estão situações em que os médicos passavam medicamentos em nome de doentes que nunca os chegavam a levantar. Contudo, as receitas eram aviadas em farmácias distantes da residência dos doentes e, posteriormente, cobradas ao Estado, noticia hoje o “Diário de Notícias”.

De acordo com o mesmo jornal, os casos estão também a ser investigados pelo Ministério Público e envolvem medicamentos que tinham 100 por cento de comparticipação para pensionistas. O Ministério da Saúde, perante o aumento da despesa com medicamentos, já veio anunciar que vai reforçar as acções inspectivas nesta área.

Nos últimos anos terão sido investigadas mais de 12 situações relacionadas com o gasto com medicamentos. Pelo menos três envolvem médicos e uma mesma farmácia que registou um aumento súbito da facturação. No primeiro caso, o médico prescrevia as receitas em nome dos seus doentes ou familiares e estas eram sempre aviadas numa farmácia que ficava a mais de cem quilómetros das residências dos pacientes. No âmbito da investigação os doentes confirmaram que nunca tinham visto as receitas nem comprado os medicamentos que totalizavam perto de 89 mil euros.

## Site II - Fiscalizações de baixas médicas

Extracção de informação do site:

[http://www.dn.pt/inicio/economia/interior.aspx?content\\_id=1528618](http://www.dn.pt/inicio/economia/interior.aspx?content_id=1528618)

Data de consulta: **04-01-2011**

Data de publicação: **26-03-2010**

### **Foram processados mais de 1,3 milhões de baixas em 2009, ano em que mais beneficiários foram fiscalizados: 300 mil**

O número de baixas médicas processadas em 2009 subiu quase 50 mil em relação ao ano anterior, atingindo 1 346 555 processos, revelam os últimos dados disponibilizados pela Segurança Social. Tal significa que ao longo do ano passado se registaram mais 133 baixas médicas por dia do que no total do ano de 2008.

Este crescimento surpreende, sobretudo, se tivermos em conta que nunca foi feito um controlo inspectivo tão apertado aos beneficiários de subsídio de doença como em 2009, segundo informações da própria Segurança Social. Tal permite concluir que o aumento poderia ter sido eventualmente superior, sem o efeito dissuasor que o reforço da fiscalização tem sobre as baixas fraudulentas.

De acordo com o último balanço do Plano de Prevenção e Combate à Fraude e Evasão Contributivas e Prestacionais, apresentado em Fevereiro, o número de convocatórias a beneficiários de baixa aumentou 141% em relação a 2005, abrangendo um total de quase 300 mil beneficiários.

E foi mesmo histórico, na medida em que o Governo conseguiu praticamente cumprir o objectivo de fiscalizar a totalidade das baixas convocáveis. Ou seja, foram verificados 99% dos beneficiários com atestados médicos de duração superior a 30 dias - a grande prioridade da fiscalização. E o Governo vinha apontando, igualmente, uma descida contínua da despesa com o subsídio de desemprego.

A elevada incidência da gripe A, sobretudo no período do Verão - que não é tradicionalmente associada a baixas por gripe - poderá ter contribuído para aumentar o universo de beneficiários. Mas também a crise económica, a iminência de despedimentos - associada à desmotivação e ao aumento dos estados depressivos - são vulgarmente apontadas como causas de subida no número de baixas.

## Site III – Baixas fiscalizadas pela Segurança Social

Extracção de informação do site:

<http://www.agenciafinanceira.iol.pt/economia/baixas-fraude-medicos-saude-agencia-financeira/1220454-1730.html>

Data de consulta: **14-03-2011**

Data de publicação: **22-12-2010**

A fiscalização da Segurança Social está a detectar, este ano, mais casos de fraude por falsas baixas médicas. Só entre Janeiro e Outubro foram processadas 67.485 baixas médicas falsas, o que representa uma subida deste tipo de fraude na ordem dos 44 por cento, avança o «Jornal de Notícias».

Já o «Correio da Manhã» diz que se estes casos não tivessem sido detectados, o Estado teria sido burlado em 4 milhões de euros.

Todas as baixas falsas detectadas foram entretanto anuladas, ou porque os trabalhadores estavam aptos para trabalhar ou porque faltaram à convocatória da Junta Médica.

O aumento do número de casos falsos de baixa médica subiu não só porque os trabalhadores estavam a faltar sem estar doentes, mas também porque a Segurança Social reforçou o cruzamento de dados que permite detectar estas situações.

Actualmente os trabalhadores que apresentam baixa são convocados pela Junta Médica para uma avaliação, antes mesmo de receberem a o subsídio por doença.

### **«Esta é a prova de que o sistema funciona»**

A ministra da Saúde já veio reagir a estes dados. Para Ana Jorge, só revelam que o sistema funciona.

## **Site IV - Equipa de Intervenção Rápida mete baixa médica**

Extracção de informação do site:

**<http://forumgnr.virtuaboard.com/t16880-baixas-medicas-tramam-agentes>**

Data de consulta: **14-03-2011**

Data de publicação: **07-01-2010**

A revolta instalou-se na Divisão da PSP da Amadora, quando, a escassos dias da Passagem de Ano, uma das Equipas de Intervenção Rápida (EIR) teve conhecimento de que estava escalada para trabalhar no Ano Novo, depois de já ter trabalhado no Natal. Nenhum dos oito agentes compareceu ao trabalho, porque meteram baixa ou assistência à família.

No entanto, as consequências chegaram rapidamente. Ao que o CM apurou, como medida de punição, o comandante não só extinguiu aquela EIR como ainda avisou os agentes, via telefone, de que cada elemento teria de escolher uma nova Esquadra para trabalhar. E a imposição era clara: todos os agentes tinham de ficar em Esquadras separadas. Os oito polícias estão indignados e ponderam agora avançar com queixa-crime contra o próprio comandante.

António Ramos, presidente do Sindicato dos Profissionais de Polícia, admitiu ao CM conhecer a situação. "Coisas destas acontecem mais do que se imagina. Há comandantes que lidam com as equipas que chefiam como se fossem suas. Há muito tempo que lutamos contra estes abusos, além de que deve haver um plano que estipule o período de trabalho. Os polícias também têm família", disse. O CM pediu ontem uma reacção junto do Comando Metropolitano da PSP de Lisboa, mas não obteve resposta em tempo útil.

## **Site V - Novo Bastonário da Ordem dos Médicos**

Extracção de informação do site:

<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/outros/domingo/jose-manuel-silva>

Data de consulta: **14-03-2011**

Data de publicação: **06-02-2010**

### **14.º BASTONÁRIO MÉDICO: DEFESA DO SNS E RIGOR NA ACCÇÃO**

Pedir rigor aos colegas nos atestados médicos foi destaque no seu discurso de posse.

### **51 ANOS DE IDADE: EM COIMBRA DESDE CRIANÇA**

José Manuel Monteiro de Carvalho e Silva nasceu a 18 Setembro 1959, em Pombal.

### **5 IRMÃOS DOUTORES: PAI DE TRÊS ADOLESCENTES**

Os pais que educaram cinco filhos, todos doutorados, subiram alto a fasquia familiar.

### **17 NA MÉDIA DE CURSO: ALUNO SEMPRE COM DISTINÇÃO**

Após o 7.º ano com 17 no Liceu José Falcão, concluiu Medicina em Coimbra em 1983.

### **1998 TRAZ DOUTORAMENTO: TESE SOBRE MEDICINA INTERNA**

Teve Unanimidade, Distinção e Louvor nas provas feitas na Universidade de Coimbra.

### **84 ARTIGOS CIENTÍFICOS: PRÓ-REITOR NA UNIVERSIDADE**

Dá aulas na Faculdade de Medicina desde 86 e preside à Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.

### **17 ANOS NOS HUC: CHEFE DE EQUIPA NA URGÊNCIA**

Além dos Hospitais da Universidade de Coimbra, exerceu ainda no Centro de Oncologia.

### **2 TRIÉNIOS A PRESIDIR: TRABALHO NA ZONA CENTRO**

Ganhou experiência de Ordem dos Médicos (OM) ao liderar uma secção regional.

### **8424 VOTOS NA 2.ª VOLTA: RECORDE DESDE GENTIL MARTINS**

Desde os anos 80 que nenhum bastonário da OM teve tão alta percentagem de votos.



## ANEXO F – Questionário aplicado



### Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna

Questionário nº

Este questionário insere-se num estudo académico subordinado ao tema “Baixas Médicas na PSP”.

Para a realização do mesmo, é necessário conhecer a opinião dos elementos policiais afectos às esquadras genéricas no que respeita ao uso de baixas médicas. As respostas são anónimas e confidenciais, pelo que se pede a **maior sinceridade** na sua elaboração.

Neste sentido, solicita-se a sua colaboração, agradecendo que assinale **com um X** uma e só uma resposta em cada questão (as perguntas em que poderá haver mais do que uma possível resposta, estão devidamente assinaladas).

#### I. Dados de Caracterização

##### **1. Idade**

- 1. Menos de 25 ☐
- 2. Entre 26 e 32 ☐
- 3. Entre 33 e 44 ☐
- 4. Mais de 44 ☐

##### **2. Habilitações Literárias**

- 1. 4.º Ano ao 6.º Ano ☐
- 2. 7.º Ano ao 9.º Ano ☐
- 3. 10.º Ano ao 12.º Ano ☐
- 4. Curso Superior ☐

#### II. Uso de baixas médicas

##### **1. Já alguma vez esteve baixa médica?**

- 1. Sim ☐
- 2. Não (passe para o grupo III) ☐

##### **2. Qual período mais prolongado que esteve de baixa médica?**

- 1. Entre 1 e 2 dias ☐
- 2. Entre 3 e 6 dias (inclusive) ☐
- 3. Entre 7 e 12 dias (inclusive) ☐
- 4. Entre 13 e 20 dias (inclusive) ☐
- 5. Entre 21 e 30 dias (inclusive) ☐
- 6. Mais de 30 dias ☐

##### **3. Desde que foi colocado nesta Esquadra, quantas vezes esteve de baixa médica?**

- 1. Pelo menos 1 vez ☐
- 2. Pelo menos 2 vezes ☐
- 3. Pelo menos 3 vezes ☐
- 4. Pelo menos 4 vezes ☐
- 5. Mais do que 4 vezes ☐
- 6. Nenhuma vez ☐

##### **4. Qual a entidade a que costuma recorrer para diagnosticar a sua doença?**

- 1. Centro de saúde ☐
- 2. Hospital (público) ☐
- 3. Hospital (privado) ☐
- 4. Médico particular ☐
- 5. Médico do posto clínico da PSP ☐
- 6. Outra ☐

#### III. Relação inter-grupal

##### **1. Como definiria a sua relação com o seu grupo?**

- 1. Óptima ☐
- 2. Boa ☐
- 3. Razoável ☐
- 4. Má ☐
- 5. Péssima ☐

##### **2. Como definiria a sua relação com o seu Comandante de Esquadra?**

- 1. Óptima ☐
- 2. Boa ☐
- 3. Razoável ☐
- 4. Má ☐
- 5. Péssima ☐

##### **3. Como classificaria a sua relação com os restantes elementos da Esquadra onde está colocado?**

- 1. Óptima ☐
- 2. Boa ☐
- 3. Razoável ☐
- 4. Má ☐
- 5. Péssima ☐

#### IV. Grau de satisfação

##### **1. Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu grupo?**

- 1. Muito satisfeito ☐
- 2. Satisfeito ☐
- 3. Indiferente ☐
- 4. Pouco satisfeito ☐
- 5. Muito insatisfeito ☐

##### **2. Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu Comandante de Esquadra?**

- 1. Muito satisfeito ☐
- 2. Satisfeito ☐
- 3. Indiferente ☐
- 4. Pouco satisfeito ☐
- 5. Muito insatisfeito ☐

**3. Como classificaria o seu grau de satisfação em relação à Esquadra onde está colocado?**

- 1. Muito satisfeito ☐
- 2. Satisfeito ☐
- 3. Indiferente ☐
- 4. Pouco satisfeito ☐
- 5. Muito insatisfeito ☐

**V. Atitude comportamental**

**1. Já alguma vez foi alvo de processo disciplinar?**

- 1. Sim ☐
- 2. Não (passe para a questão 3) ☐

**2. Esse processo foi instaurado devido a: (Nesta questão pode assinalar mais que uma resposta)**

- 1. Questões de assiduidade ☐
- 2. Acidente de viação ☐
- 3. Uso de meios coercivos ☐
- 4. Questões de atavio ☐
- 5. Discussões com outro colega ☐
- 6. Devido a uma reclamação ☐
- 7. Outra situação ☐

**3. Em algum momento da sua vida profissional, ponderou a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por desmotivação?**

- 1. Sim ☐
- 2. Não ☐

**4. No desenrolar das suas funções, já se sentiu desagradado por lhe ter sido recusado algum tipo compensação (excessos, férias, licenças)?**

- 1. Sim ☐
- 2. Não ☐

**5. Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma justificação médica de forma indevida?**

- 1. Sim ☐
- 2. Não ☐

**VI. Críticas sobre baixas médicas**

**1. Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)?**

- 1. Sim ☐
- 2. Não (Fim do inquérito) ☐
- 3. É possível que haja ☐

**2. Nesses casos, qual a melhor forma para evitar tal comportamento?**

- 1. Cortes remuneratórios mais acentuados ☐
- 2. Internamento em enfermarias da PSP ☐
- 3. Sensibilização para a infracção cometida ☐
- 4. Outra ☐
- 5. Não sei ☐

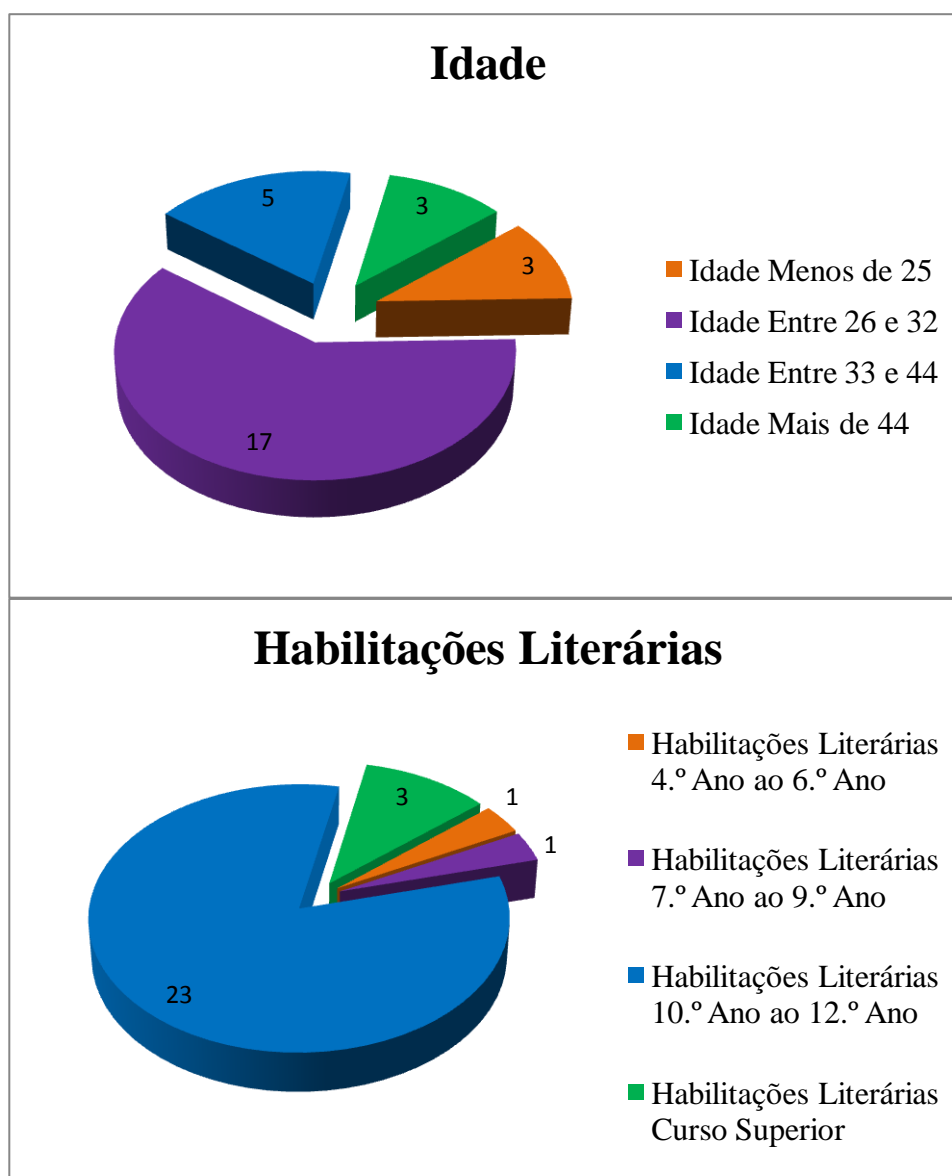
**3. Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas:**

- 1. Discordo totalmente ☐
- 2. Discordo ☐
- 3. Não concordo nem discordo ☐
- 4. Concordo ☐
- 5. Concordo totalmente ☐

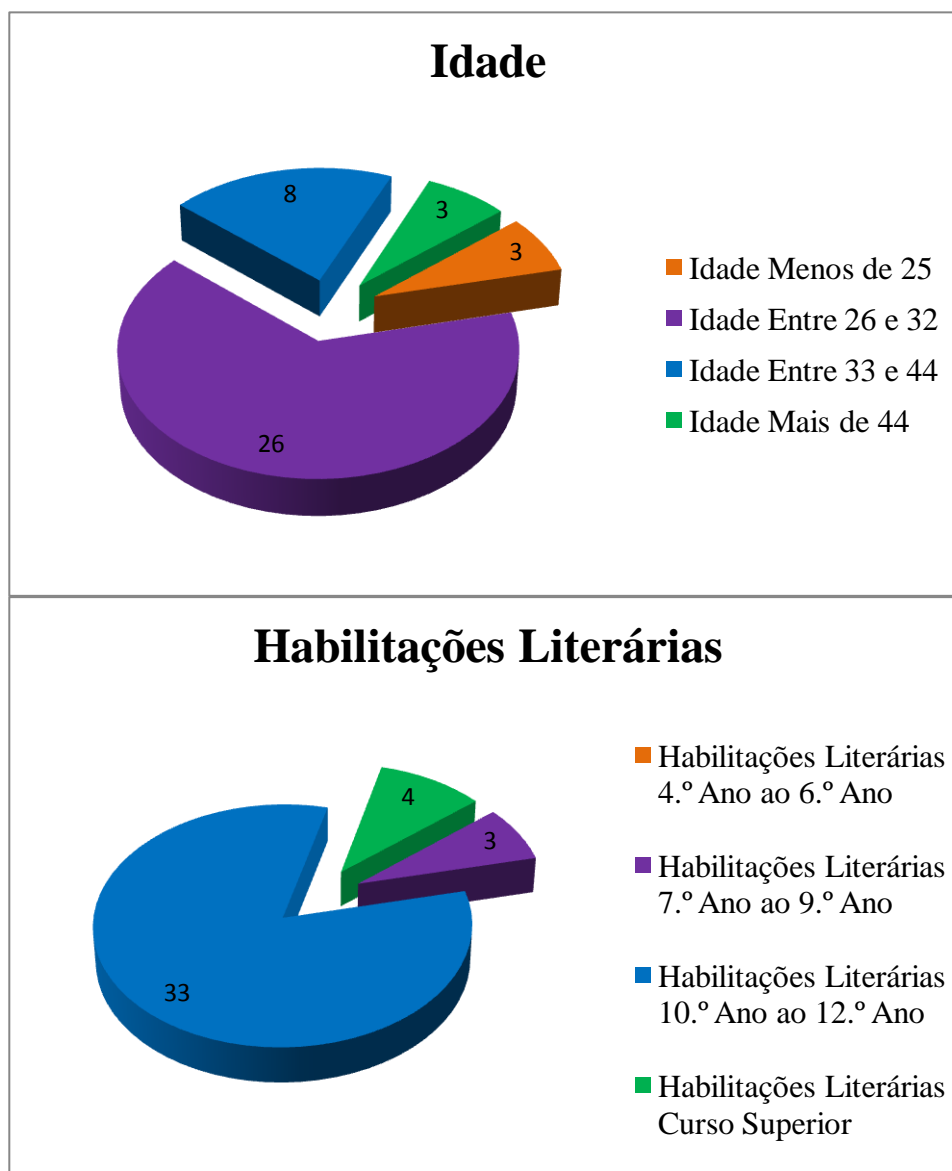
**Obrigado pela sua colaboração!**

## ANEXO G – Tabelas SPSS

**Tabela I**



**Tabela II**



### Tabela III

Já alguma vês esteve de baixa médica? \* Esquadra

		Esquadra		Total	
		44ª Esquadra	71ª Esquadra		
Já alguma vês esteve de baixa médica?	Sim	Count	25	23	48
		% within Esquadra	89,3%	57,5%	70,6%
	Não	Count	3	17	20
		% within Esquadra	10,7%	42,5%	29,4%
Total		Count	28	40	68
		% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela IV**

**Qual o período mais prolongado que esteve de baixa médica? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Qual o período mais prolongado que esteve de baixa médica?	Entre 1 e 2 dias	Count % within Esquadra	2 8,0%	3 13,0%	5 10,4%
	Entre 3 e 6 dias	Count % within Esquadra	5 20,0%	6 26,1%	11 22,9%
	Entre 7 e 12 dias	Count % within Esquadra	7 28,0%	6 26,1%	13 27,1%
	Entre 13 e 20 dias	Count % within Esquadra	0 ,0%	1 4,3%	1 2,1%
	Entre 21 e 30 dias	Count % within Esquadra	4 16,0%	3 13,0%	7 14,6%
	Mais de 30 dias	Count % within Esquadra	7 28,0%	4 17,4%	11 22,9%
Total		Count % within Esquadra	25 100,0%	23 100,0%	48 100,0%

**Tabela V**

**Desde que foi colocado nesta Esquadra, quantas vezes esteve de baixa médica? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Desde que foi colocado nesta Esquadra, quantas vezes esteve de baixa médica?	Pelo menos 1 vez	Count % within Esquadra	13 52,0%	8 34,8%	21 43,8%
	Pelo menos 2 vezes	Count % within Esquadra	3 12,0%	8 34,8%	11 22,9%
	Pelo menos 3 vezes	Count % within Esquadra	5 20,0%	1 4,3%	6 12,5%
	Pelo menos 4 vezes	Count % within Esquadra	2 8,0%	1 4,3%	3 6,3%
	Mais do que 4 vezes	Count % within Esquadra	1 4,0%	4 17,4%	5 10,4%
	Nenhuma vez	Count % within Esquadra	1 4,0%	1 4,3%	2 4,2%
Total		Count % within Esquadra	25 100,0%	23 100,0%	48 100,0%

**Tabela VI**

**Qual a entidade a que costuma recorrer para diagnosticar a sua doença? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Qual a entidade a que costuma recorrer para diagnosticar a sua doença?	Centro de Saúde	Count	4	2	6
		% within Esquadra	16,0%	8,7%	12,5%
	Hospital (Público)	Count	4	9	13
		% within Esquadra	16,0%	39,1%	27,1%
	Hospital (Privado)	Count	1	2	3
		% within Esquadra	4,0%	8,7%	6,3%
Qual a entidade a que costuma recorrer para diagnosticar a sua doença?	Médico Particular	Count	5	2	7
		% within Esquadra	20,0%	8,7%	14,6%
	Médico do posto clínico da PSP	Count	9	8	17
		% within Esquadra	36,0%	34,8%	35,4%
	Outra	Count	2	0	2
		% within Esquadra	8,0%	,0%	4,2%
Total		Count	25	23	48
		% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%



**Tabela VII**

**Como definiria a sua relação com o seu grupo? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Como definiria a sua relação com o seu grupo?	Ótima	Count	10	16	26
		% within Esquadra	35,7%	40,0%	38,2%
	Boa	Count	12	17	29
		% within Esquadra	42,9%	42,5%	42,6%
	Razoável	Count	4	7	11
		% within Esquadra	14,3%	17,5%	16,2%
	Péssima	Count	2	0	2
		% within Esquadra	7,1%	,0%	2,9%
Total	Count	28	40	68	
	% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabela VIII**

**Como definiria a sua relação com o seu Comandante de Esquadra? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Como definiria a sua relação com o seu Comandante de Esquadra?	Ótima	Count	5	7	12
		% within Esquadra	17,9%	17,5%	17,6%
	Boa	Count	16	29	45
		% within Esquadra	57,1%	72,5%	66,2%
	Razoável	Count	7	4	11
		% within Esquadra	25,0%	10,0%	16,2%
Total	Count	28	40	68	
	% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabela IX**

**Como classificaria a sua relação com os restantes elementos da Esquadra onde está colocado? \***

**Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Como classificaria a sua relação com os restantes elementos da Esquadra onde está colocado?	Óptima	Count	3	5	8
		% within Esquadra	10,7%	12,5%	11,8%
	Boa	Count	20	28	48
		% within Esquadra	71,4%	70,0%	70,6%
	Razoável	Count	5	7	12
		% within Esquadra	17,9%	17,5%	17,6%
Total	Count	28	40	68	
	% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabela X**

**Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu grupo? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu grupo?	Muito satisfeito	Count % within Esquadra	8 28,6%	11 27,5%	19 27,9%
	Satisfeito	Count % within Esquadra	14 50,0%	27 67,5%	41 60,3%
	Indiferente	Count % within Esquadra	2 7,1%	2 5,0%	4 5,9%
	Pouco satisfeito	Count % within Esquadra	2 7,1%	0 ,0%	2 2,9%
	Muito insatisfeito	Count % within Esquadra	2 7,1%	0 ,0%	2 2,9%
Total		Count % within Esquadra	28 100,0%	40 100,0%	68 100,0%

**Tabela XI**

**Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu Comandante de Esquadra? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu Comandante de Esquadra?	Muito satisfeito	Count	10	4	14
		% within Esquadra	35,7%	10,0%	20,6%
	Satisfeito	Count	13	33	46
		% within Esquadra	46,4%	82,5%	67,6%
	Indiferente	Count	3	3	6
		% within Esquadra	10,7%	7,5%	8,8%
	Pouco satisfeito	Count	2	0	2
		% within Esquadra	7,1%	,0%	2,9%
Total	Count	28	40	68	
	% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabela XII**

**Como classificaria o seu grau de satisfação em relação à Esquadra onde está colocado? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Como classificaria o seu grau de satisfação em relação à Esquadra onde está colocado?	Muito satisfeito	Count	2	6	8
		% within Esquadra	7,1%	15,0%	11,8%
	Satisfeito	Count	23	20	43
		% within Esquadra	82,1%	50,0%	63,2%
	Indiferente	Count	1	9	10
		% within Esquadra	3,6%	22,5%	14,7%
	Pouco satisfeito	Count	1	4	5
		% within Esquadra	3,6%	10,0%	7,4%
	Muito insatisfeito	Count	1	1	2
		% within Esquadra	3,6%	2,5%	2,9%
Total	Count	28	40	68	
	% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%	

**Tabela XIII**

**Já alguma vez foi alvo de processo disciplinar? \* Esquadra**

		Esquadra		Total	
		44ª Esquadra	71ª Esquadra		
Já alguma vez foi alvo de processo disciplinar?	Sim	Count	8	7	15
		% within Esquadra	28,6%	17,5%	22,1%
	Não	Count	20	33	53
		% within Esquadra	71,4%	82,5%	77,9%
Total		Count	28	40	68
		% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela XIV**

**Esse processo foi instaurado devido a: \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Esse processo foi instaurado devido a:	Questões de assiduidade	Count	1	0	1
		% within Esquadra	12,5%	,0%	6,7%
	Acidente de viação	Count	0	3	3
		% within Esquadra	,0%	42,9%	20,0%
	Questões de atavio	Count	0	1	1
		% within Esquadra	,0%	14,3%	6,7%
	Devido a uma reclamação	Count	2	0	2
		% within Esquadra	25,0%	,0%	13,3%
	Outra situação	Count	5	3	8
		% within Esquadra	62,5%	42,9%	53,3%
Total		Count	8	7	15
		% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%



**Tabela XV**

**Em algum momento da sua vida profissional, ponderou a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por desmotivação? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Em algum momento da sua vida profissional, ponderou a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por desmotivação?	Sim	Count	11	8	19
		% within Esquadra	39,3%	20,0%	27,9%
	Não	Count	17	32	49
		% within Esquadra	60,7%	80,0%	72,1%
Total	Count		28	40	68
	% within Esquadra		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela XVI**

**No desenrolar das suas funções, já se sentiu desagradado por lhe ter sido recusado algum tipo de compensação (excessos, férias, licenças)? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
No desenrolar das suas funções, já se sentiu desagradado por lhe ter sido recusado algum tipo de compensação (excessos, férias, licenças)?	Sim	Count	22	22	44
		% within Esquadra	78,6%	55,0%	64,7%
	Não	Count	6	18	24
		% within Esquadra	21,4%	45,0%	35,3%
Total	Count		28	40	68
	% within Esquadra		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela XVII**

**Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida? \***

**Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?	Sim	Count	4	1	5
		% within Esquadra	14,3%	2,5%	7,4%
	Não	Count	24	39	63
		% within Esquadra	85,7%	97,5%	92,6%
Total		Count	28	40	68
		% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabela XVIII**

**Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup>	71 <sup>a</sup>	
			Esquadra	Esquadra	
Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)?	Sim	Count	16	17	33
		% within Esquadra	57,1%	42,5%	48,5%
	Não	Count	4	13	17
		% within Esquadra	14,3%	32,5%	25,0%
	É possível que haja	Count	8	10	18
		% within Esquadra	28,6%	25,0%	26,5%
Total	Count	28	40	68	
	% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%	

## Tabela XIX

Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)? \* Esquadra

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)?	Sim	Count % within Esquadra	16 57,1%	17 42,5%	33 48,5%
	Não	Count % within Esquadra	4 14,3%	13 32,5%	17 25,0%
	É possível que haja	Count % within Esquadra	8 28,6%	10 25,0%	18 26,5%
Total		Count % within Esquadra	28 100,0%	40 100,0%	68 100,0%

**Tabela XX**

**Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas? \* Esquadra**

			Esquadra		Total
			44 <sup>a</sup> Esquadra	71 <sup>a</sup> Esquadra	
Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas?	Discordo totalmente	Count	6	6	12
		% within Esquadra	25,0%	22,2%	23,5%
	Discordo	Count	4	3	7
		% within Esquadra	16,7%	11,1%	13,7%
	Não concordo nem discordo	Count	7	14	21
		% within Esquadra	29,2%	51,9%	41,2%
	Concordo	Count	5	1	6
		% within Esquadra	20,8%	3,7%	11,8%
	Concordo totalmente	Count	2	3	5
		% within Esquadra	8,3%	11,1%	9,8%
Total		Count	24	27	51
		% within Esquadra	100,0%	100,0%	100,0%

## ANEXO H – Tabelas dos cruzamentos de dados/variáveis

**Tabela I**

**Idade \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count

		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Idade	Menos de 25	0	6	6
	Entre 26 e 32	3	40	43
	Entre 33 e 44	2	11	13
	Mais de 44	0	6	6
	Total	5	63	68

## Tabela II

**Esse processo foi instaurado devido a: \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count					
			Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
			Sim	Não	
Esse processo foi instaurado devido a:	Questões de assiduidade		0	1	1
	Acidente de viação		0	3	3
	Questões de atavio		0	1	1
	Devido a uma reclamação		0	2	2
	Outra situação		3	5	8
Total			3	12	15



### Tabela III

**Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Acha que há baixas médicas que derivam somente do descontentamento profissional (por exemplo, quando não se concorda com a escala de serviço)?	Sim	5	28	33
	Não	0	17	17
	É possível que haja	0	18	18
	Total	5	63	68

## Tabela IV

**No desenrolar das suas funções, já se sentiu desagradado por lhe ter sido recusado algum tipo de compensação (excessos, férias, licenças)? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
No desenrolar das suas funções, já se sentiu desagradado por lhe ter sido recusado algum tipo de compensação (excessos, férias, licenças)?	Sim	5	39	44
	Não	0	24	24
	Total	5	63	68

**Tabela V**

**Em algum momento da sua vida profissional, ponderou a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por desmotivação? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

		Count		
		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Em algum momento da sua vida profissional, ponderou a hipótese de se ausentar ou não comparecer ao serviço por desmotivação?	Sim	3	16	19
	Não	2	47	49
	Total	5	63	68

**Tabela VI**

**Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count					
			Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
			Sim	Não	
Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas?	Discordo totalmente		0	12	12
	Discordo		0	7	7
	Não concordo nem discordo		1	20	21
	Concordo		2	4	6
	Concordo totalmente		2	3	5
Total			5	46	51

**Tabela VII**

**Nesses casos, qual a melhor forma para evitar tal comportamento? \* Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas?**

		Count					
		Qual é a sua opinião sobre essas baixas médicas?					Total
		Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	
Nesses casos, qual a melhor forma para evitar tal comportamento?	Cortes remuneratórios mais acentuados	3	1	0	0	0	4
	Internamento em enfermarias da PSP	1	2	2	0	1	6
	Sensibilização para a infracção cometida	4	1	0	1	1	7
	Outra	1	2	6	4	1	14
	Não sei	3	1	13	1	2	20
Total		12	7	21	6	5	51

## Tabela VIII

**Como definiria a sua relação com o seu grupo? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count				
		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Como definiria a sua relação com o seu grupo?	Ótima	2	24	26
	Boa	3	26	29
	Razoável	0	11	11
	Péssima	0	2	2
Total		5	63	68

## Tabela IX

**Como definiria a sua relação com o seu Comandante de Esquadra? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Como definiria a sua relação com o seu Comandante de Esquadra?	Ótima	1	11	12
	Boa	2	43	45
	Razoável	2	9	11
Total		5	63	68

## Tabela X

**Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu grupo? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count				
		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu grupo?	Muito satisfeito	1	18	19
	Satisfeito	4	37	41
	Indiferente	0	4	4
	Pouco satisfeito	0	2	2
	Muito insatisfeito	0	2	2
Total		5	63	68



**Tabela XI**

**Como classificaria a sua relação com os restantes elementos da Esquadra onde está colocado? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Como classificaria a sua relação com os restantes elementos da Esquadra onde está colocado?	Ótima	0	8	8
	Boa	4	44	48
	Razoável	1	11	12
	Total	5	63	68

**Tabela XII**

**Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu Comandante de Esquadra? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

		Count		
		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Como classificaria o seu grau de satisfação em relação ao seu Comandante de Esquadra?	Muito satisfeito	0	14	14
	Satisfeito	3	43	46
	Indiferente	1	5	6
	Pouco satisfeito	1	1	2
Total		5	63	68

## Tabela XIII

**Como classificaria o seu grau de satisfação em relação à Esquadra onde está colocado? \* Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?**

Count		Já recorreu aos serviços de saúde para usufruir de uma injustificação médica de forma indevida?		Total
		Sim	Não	
Como classificaria o seu grau de satisfação em relação à Esquadra onde está colocado?	Muito satisfeito	0	8	8
	Satisfeito	4	39	43
	Indiferente	0	10	10
	Pouco satisfeito	1	4	5
	Muito insatisfeito	0	2	2
	Total	5	63	68